



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CLARA CORREA BERNARDINO

**A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ADOECIMENTO MENTAL DOS
ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE
INTERNAÇÃO: AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
DE SANTA MARIA – DF.**

Brasília-DF
2016

CLARA CORREA BERNARDINO

**A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ADOECIMENTO MENTAL DOS
ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE
INTERNAÇÃO: AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
DE SANTA MARIA – DF.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília como requisito parcial para a obtenção
de título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dr Marlúcia Ferreira do
Carmo

Brasília
2016

CLARA CORREA BERNARDINO

**A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ADOECIMENTO MENTAL DOS
ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE
INTERNAÇÃO: AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
DE SANTA MARIA – DF.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília como requisito parcial para a obtenção
de título de bacharel em Serviço Social.

Trabalho defendido e aprovado em ____ de _____ de 2016

Banca Examinadora formada pelos professores:

Professora Doutora Marlúcia Ferreira do Carmo- Orientadora
(Departamento de Serviço Social da UnB)

Professora Doutora Míriam de Souza Leão Albuquerque- Membro Interno
(Departamento de Serviço Social da UnB)

Assistente Social Marleide Gomes- Membro Externo
(Unidade de Internação de Santa Maria – DF - UISM)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Silvana e Sérgio, que sempre me incentivaram a fazer o que eu queria na Universidade e que, por nunca me pressionarem, fizeram com que eu me dedicasse 100% ao curso de Serviço Social.

Agradeço as minhas amigas e companheiras de curso:

Krystal, que desde o primeiro dia de aula até o último, foi minha companheira não só na UnB, mas na vida. Obrigada por ter se tornado quem és hoje pra mim.

Alessandra, que sempre foi uma parte fundamental no meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Torço muito por sua felicidade, assim como sei que torce pela minha.

Samara, que desde que se aproximou, só somou na minha vida acadêmica e na pessoal, sendo amiga de coração.

Às minhas melhores amigas, irmãs de vida, que sempre compreenderam minhas ausências: Gabriela, Mariana e Bruna.

Ao meu namorado, Andres Garcia, que se fez presente enquanto eu me ausentava socialmente e me ajudou na construção de debates acerca do tema pesquisado.

À minha orientadora, Marlúcia do Carmo, que mergulhou de cabeça comigo em um tema pouco conhecido por nós duas e se empenhou a me fazer amadurecer como pesquisadora.

Um muito obrigada a todos que me apoiaram na construção desse trabalho!

RESUMO

Por muitos anos, determinados grupos foram estigmatizados a ponto de serem privados de legislações de proteção às suas especificidades. Isso mudou quando, a partir de conscientização sobre direitos fundamentais, a falta de atenção básica à parcela da população foi questionada. Diante de grupos estigmatizados historicamente, o seguinte trabalho concentrou-se em um: o adolescente em medida socioeducativa de internação que desenvolve transtorno mental decorrente da privação de liberdade. Alguns jovens que adoecem em cumprimento de medida socioeducativa procuram a tentativa de suicídio como resolução de suas frustrações dentro das unidades de internação. O objetivo da pesquisa consistiu em analisar a dinâmica da Unidade de Internação de Santa Maria – Distrito Federal - para descobrir se e quais fatores de risco são potencializados a fim de interferirem no adoecimento mental do jovem – podendo levá-lo a praticar tentativas de suicídio. Além disso, buscou-se compreender o que é feito para prevenir o aumento dos casos de tentativas de suicídio na unidade e o que é feito no tratamento dos casos com desenvolvimento de perturbação mental.

Palavras-chave: Criança e adolescente. Medidas socioeducativas. Unidades de internação. Perturbações mentais. Tentativas de suicídio.

ABSTRACT

For many years, certain groups have been stigmatized to the point of being deprived of laws protecting their specificities. This changed when, based on fundamental rights awareness, the lack of basic attention to the population was questioned. Of all historically stigmatized groups, the following study focused on one specific: the adolescent in social-educational measure of hospitalization that develops mental disorders due to deprivation of liberty. Some young people who become ill in compliance with social-educational measures seek suicide attempts as a resolution of their frustrations within the hospitalization units. The objective of the research was to analyze the dynamics of the Hospitalization Unit of Santa Maria - Federal District - to find out if and what risk factors are potentiated in order to interfere in the young person's mental illness and can lead to suicide attempts. In addition, the study sought to understand what is done to prevent the increase of number of cases of suicide attempts in the unit and what is done in the treatment of cases with development of mental disorder.

Keywords: Child and adolescent. Educational measures. Hospitalization units. Mental disorders. Suicide attempts

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art	Artigo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CF	Constituição Federal
Codeplan	Companhia de planejamento do Distrito Federal
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DISAM	Diretoria de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
GDF	Governo do Distrito Federal
GESAU	Gerência de Saúde da UISM
GESEG	Gerência de Segurança da UISM
GESP	Gerência de Especialistas da UISM
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA	Liberdade Assistida
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MPCT	Mecanismo de Prevenção e Combate À Tortura
MSE	Medidas Socioeducativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDASE	Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SPIJ-GDF	Secretaria de Estado de Políticas para a Infância e Juventude do Governo do Distrito Federal
SUBSIS	Subsecretaria do Sistema Sócio Educativo

SUS	Sistema Único de Saúde
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
UAI	Unidade de Atendimento Inicial
UASG	Unidade de Atendimento em Semiliberdade do Gama
UASSM	Unidade de Atendimento em Semiliberdade em Santa Maria
UAST	Unidade de Atendimento em Semiliberdade em Taguatinga
UIP	Unidade de Internação de Planaltina
UIPSS	Unidade de Internação Provisória de São Sebastião
UISM	Unidade de Internação de Santa Maria
UISS	Unidade de Internação de São Sebastião
UNIRE	Unidade de Internação do Recanto das Emas
UNISS	Unidade de Internação de Saída Sistemática
USRE	Unidade de Atendimento em Semiliberdade no Recanto das Emas
VEMSE	Vara de Execução das Medidas Socioeducativas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – DE “MENOR” A SUJEITO DE DIREITOS	15
1.1.Medidas socioeducativas.....	23
1.2. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).....	27
1.3. Desinstitucionalização da internação	28
1.4. Fatores de risco: estressores do isolamento social	32
1.4.1 Fatores externos e individuais	33
1.4.2 Fatores precipitantes: relativos ao estresse prisional.....	35
CAPÍTULO 2 – AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL AOS ADOLESCENTES EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA	38
2.1 Perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação	39
2.2 Precisamos falar sobre suicídio!	42
CAPÍTULO 3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SOCIOEDUCAÇÃO NO DF	45
3.1 Plano Distrital de Atendimento Socioeducativo (PDASE)	45
3.2 Realidade da UISM.....	46
3.2.1 Dados estatísticos sobre adoecimento mental e tentativas de suicídio nas Unidades de Internação no DF	53
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
ANEXO B - ENTREVISTA.....	63

INTRODUÇÃO

A padronização da sociedade faz com que se mantenha um eixo norteador com uma noção dual de caracterização do “certo” ou “errado”, “ajustados” ou “desajustados”, “sãos” ou “loucos”, etc. Contudo, todas essas categorias que detêm uma conotação negativa deveriam ser contextualizadas a partir de vivências interpessoais de cada indivíduo, ou seja, um adolescente que, hoje, está em conflito com a lei pode ter passado por situações cuja vivência tenha estimulado sua entrada no mundo infracional. Da mesma forma, junção de fatores psicossociais podem levar o indivíduo a desenvolver determinados transtornos mentais, inclusive, no contexto institucional, durante o processo de privação de liberdade. O que se busca colocar em questão neste relatório de pesquisa é que os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação são resultados de uma construção social, marcada pela estrutura econômica e política, que afeta de forma direta a reprodução das pessoas e seus respectivos grupos familiares e comunitários. Também se considera que as organizações de atendimento aos adolescentes em privação de liberdade mantêm um modelo de atendimento baseado na contenção, podendo causar sofrimento mental, o qual pode resultar na adoção da tentativa de suicídio, como meio de resolução das demandas individuais de alguns internos.

Na análise do contexto histórico ora estudado, após o entendimento da adoção de práticas de violência estatal e da sociedade, junto àqueles que são considerados “diferentes, criminosos ou loucos”, compreende-se que foi criada uma legitimidade em torno do pensamento e das ações dos que seguem os padrões da sociedade. Aos outros, é reforçada a ideia meritocrática de que os indivíduos são iguais perante o Estado - independente de questões estruturais.

Para comprovar tais diferenças presentes na sociedade, este trabalho teve como objeto de estudo o entendimento sobre um segmento populacional: os adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa de internação que, devido a inúmeros fatores consequentes desta, ou seja, consequentes da privação de liberdade em uma organização fechada, desenvolveram algum tipo de adoecimento e, em decorrência disso, recorreram a tentativa de suicídio como forma de resolução de demandas emocionais e pessoais.

Ou seja, supõe-se que a privação de liberdade somada a fatores estruturais, bem como práticas educativas fundamentadas numa autoridade violenta, contribuem para que o adolescente em cumprimento dessa medida socioeducativa desenvolva tal quadro de adoecimento mental, podendo levá-lo a tentar o suicídio, como forma de superação de algum problema vivenciado na organização. No entanto, conclui-se, após a realização de entrevistas e

observação participante, que na unidade de análise desta pesquisa – Unidade de Internação de Santa Maria (UISM-DF), o tratamento dispensado predominante é a administração de medicamentos psicotrópicos de contenção de crises, sem diagnóstico e sem o devido acompanhamento de saúde, conforme determina a legislação brasileira.

A partir da análise de dados causais e quantitativos das mortes que ocorrem dentro das Unidades de Internação do DF, da verificação dos procedimentos preventivos multiprofissionais e de investigações acerca da estrutura organizacional, e sua relação com a tentativa de suicídio, busca-se um maior entendimento para desmistificar assuntos sobre os adolescentes que desenvolvem transtornos mentais a partir da privação de liberdade e que, por isso, praticam a tentativa de suicídio.

Sobre os Objetivos

A seguinte pesquisa fundamenta questões que compreendam as contradições inerentes ao processo de execução da medida socioeducativa de internação e como podem desencadear o adoecimento mental dos adolescentes privados de liberdade, potencializando a adoção da tentativa de suicídio como forma de resolução de suas necessidades.

Objetiva, primeiramente, contextualizar a luta da população infanto-juvenil na legitimação de seus direitos enquanto indivíduo em formação e o processo de desinstitucionalização da internação como modelo de tratamento dos doentes mentais e prisioneiros. Compreender que o processo de institucionalização pode ser prejudicial à saúde do indivíduo e, por isso, buscar entender quais os fatores decorrentes da privação de liberdade que representam risco.

Além disso, atestar que a violência institucional do Estado, nos moldes econômicos, raciais e sociais, influenciam diretamente nos índices de criminalidade do país - possibilitando a construção de um perfil do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação, entendendo a atenção necessária à faixa etária. A complexa busca pela identidade adulta é repleta de transições emocionais que facilitam o desdobramento de situações como o suicídio, por exemplo. Por isso, é necessário destacar como a prática de suicídio tem sido atuante na contemporaneidade.

Após entender determinadas questões, o trabalho aborda as especificidades do Distrito Federal e busca se aproximar da realidade presente na Unidade de Internação de Santa Maria. A partir da compreensão acerca de sua dinâmica e da coleta de dados, tentar compreender de que forma a privação de liberdade e alguns fatores podem facilitar determinados

acontecimentos: desenvolvimento de perturbações mentais; grande número de adolescentes que utilizam medicações psicotrópicas e o aumento do número de tentativas de suicídio entre 2015 e 2016.

Sobre a Metodologia

A priori, a metodologia desta pesquisa se constituirá por resultados exploratórios – uma vez que é um tema pouco abordado e de alta complexidade - buscando resultados tanto qualitativos quanto quantitativos a partir de revisões bibliográficas, dados e documentos pesquisados e disponibilizados pela Secretaria de Estado de Políticas para a Infância e Juventude do Governo do Distrito Federal (SPIJ-GDF) e pela Subsecretaria do Sistema Socioeducativo (SUBSIS); visita ao campo; assim como a realização de entrevistas com técnicos que acompanham os adolescentes durante o cumprimento da medida socioeducativa de internação. Para que se tenha um resultado relevante foi necessário a comunicação e autorização da Vara de Execuções de Medidas Socioeducativas do Distrito Federal (VEMSE), bem como da SPIJ-GDF.

Para tal, entrou-se em contato com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude do DF (Secriança) e com a SUBSIS para acesso a uma planilha com dados quantitativos das mortes que ocorrem dentro de todas as Unidades de Internação do DF; dados quantitativos de utilização de medicamentos psicotrópicos para o controle das crises; dados quantitativos de indicativo de diagnóstico de transtornos mentais e que além disso, permitiu a entrada da pesquisadora, nas unidades, a fim de entrevistar servidores (tais quais assistentes sociais; psicólogos e enfermeiras).

Para se efetivar a pesquisa ora apresentada foi necessário identificar os registros de tentativa de suicídio de adolescentes em internação, ocorridos na Unidade de Internação de Santa Maria-DF (UISM-DF), durante o exercício de 2015 e 2016; verificar os procedimentos adotados pelas equipes de saúde e psicossocial no processo de prevenção, atendimento emergencial e acompanhamento dos casos de adolescentes com ocorrências de transtornos mentais; investigar a existência de relação entre a dinâmica institucional e a tentativa de suicídio– na UISM-DF.

Como dito anteriormente, a unidade de análise da pesquisa em prática foi a UISM-DF, uma vez que nela existem registros recorrentes de tentativas de suicídio em 2016 – segundo os dados da Secriança. A faixa etária de atendimento da referida unidade é de 12 anos, e a máxima de 18 anos. Logo, compreende-se que, pelas vulnerabilidades da idade, o interno pode sofrer

um desenvolvido grau de autorejeição e irritabilidade devido a pressão sofrida pela privação de liberdade.

Ressaltando-se os cuidados éticos adotados a fim de proteger tanto os profissionais da UISM, quanto os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, foi apresentado, em anexo, o Termo de Livre Esclarecimento e Consentimento e a Entrevista utilizadas no processo de pesquisa.

Quanto aos procedimentos metodológicos, cabe informar que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com servidores, tendo em vista a compreensão da dinâmica institucional, bem como as providências tomadas na ocasião do registro da adoção da tentativa de suicídio como meio de resolução de demandas, por parte do adolescente interno. As entrevistas visaram aprofundar as categorias de análise (adolescentes em medida de internação e que adoecem mentalmente), a fim de compreender como a violência institucional somada ao isolamento social podem resultar no sofrimento físico e mental de um adolescente em internação estrita.

Sobre a Estruturação

O trabalho está estruturado em três capítulos, cuja argumentação pretendeu explorar o universo dos internos e como o contexto de internação interfere em sua saúde mental, podendo resultar em práticas de tentativa de suicídio. Desse modo, o primeiro capítulo discorre sobre o contexto histórico da concepção do “menor” ao “adolescente sujeito de direitos” e sobre a crescente adoção do paradigma dos direitos humanos como eixo norteador da legislação brasileira, tendo como referência substancial os tratados internacionais que influenciaram tanto a Constituição Federal (1988), quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (2012). Somado a isso, discorre sobre a proteção e preservação dos direitos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com base na construção da política de atenção a esse ciclo da vida. Segue questionando a institucionalização de pessoas consideradas disfuncionais ao sistema brasileiro, no âmbito da redemocratização brasileira, e se atesta aos fatores de risco relativos (traços de vulnerabilidade individual que são levados ao sistema prisional junto com o adolescente) e os fatores de risco precipitantes (relativos aos estressores impostos pela privação de liberdade).

A perspectiva de redemocratização após a ditadura militar fez com que o debate sobre direitos humanos e cidadania tenha se tornado presente – tanto às crianças e adolescentes em conflito com a lei, quanto àqueles possuidores de transtornos mentais, dentre outros. Em

seguida, trata desde a instituição de políticas de atenção à saúde mental na CF brasileira à instituição da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216) – reforçando o caráter desinstitucionalizante visado pela Reforma Psiquiátrica.

Destaca-se que a rede de atenção psicossocial objetiva substituir o pressuposto de “tratamento” para o de “prevenção e inclusão social”, por isso, mantem serviços de saúde tanto para os adolescentes autores de ato infracional que já foram diagnosticados como portadores de doença mental antes do delito, quanto aos adolescentes que desenvolvem adoecimento mental durante o cumprimento de medida socioeducativa. Nesse sentido, tem-se uma abordagem exploratória sobre os fatores de risco que podem influenciar no adoecimento mental dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa.

O segundo capítulo discursa sobre a violência institucional que tanto prevê possibilidade do adolescente entrar no mundo do crime, quanto nega seus direitos fundamentais antes e após a inserção na criminalidade. Além disso, expõe expressões sociais, econômicas e raciais, que interferem nos índices de criminalidade brasileira. Para comprovar tais dados, o capítulo apresenta o perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no DF e, em seguida, estatísticas alarmantes sobre suicídio no âmbito mundial, nacional e distrital.

O terceiro e último capítulo, complementa a discussão a partir da contextualização da política da socioeducação no Distrito Federal, da unidade de análise, e da apresentação dos dados levantados por meio de visitas a UISM. Ressalta-se que por meio das análises dos dados coletados, buscou-se responder as hipóteses presentes no trabalho, ou seja, a dinâmica da UISM somada às pressões causadas pelo isolamento social podem facilitar o adoecimento mental do adolescente internado – a ponto deste recorrer a tentativa de suicídio?

CAPÍTULO 1 – DE “MENOR” A SUJEITO DE DIREITOS

A discussão sobre a concepção de criança e adolescente, com foco nos que necessitam de proteção e prevenção contra riscos, no Brasil, data do início do século XX. Os jovens em conflito com a lei também viraram alvo de debate, legislação e políticas sociais. Desde então, destacam-se a estigmatização do “menor” como objeto jurídico, e sua criminalização associada à sua institucionalização, como meio do Estado enfrentar tal expressão da questão social. Potyara Pereira (2010) descreve a questão social como um movimento que surgiu na Europa no século XIX a medida que o processo de industrialização se consolidava. O período de transformação social e econômica ao redor do mundo fez com que se desenvolvessem duas vertentes contrárias que servem de pilares da questão social: a economia de mercado e a reação às consequências da economia de mercado¹.

A partir de uma análise histórica, verifica-se que aqueles que não eram considerados ajustados, tornavam-se alvos de discursos policiais e jurídicos, correspondentes a práticas de contenção e repressão, sem legislação específica. Nesse sentido, identificavam-se as crianças e adolescentes, denominados menores à época, como pessoas abandonadas e delinquentes, não as considerando numal fase da vida especial, como se dá a partir de 1988, com a CF brasileira.

A expressão “menor” teve suas primeiras menções a partir de 1830, na definição das penas aplicáveis aos “menores de idade”, por meio do Código Criminal do Império que, além disso, criminalizava e penalizava condições sociais e econômicas como pobreza e mendicância, igualando-as à vadiagem. Assim, a vinda da família real para o Brasil fortaleceu a diferenciação da criança e do menor (crianças envolvidas em delitos). Em 1808, junto à família real, teve-se a consolidação da ideia de uma formação educacional durante a construção social e moral de um indivíduo.

Foi em torno desses eventos que se construíram ambas as expressões, “criança” e “menor”, a primeira referindo-se aos filhos pequenos da aristocracia rural e dos pequenos comerciantes e a segunda, para as outras

¹ No século XIX, o trabalho passou a ser fundamento de valor, ou seja, o resultado do dispêndio de trabalho humano constitui a mercadoria que é expressa pelo valor. Os trabalhadores não se satisfaziam mais somente com o trabalho, era preciso consumir; por isso, viram-se obrigados a vender sua força de trabalho ao capitalista. A utilização de uma mercadoria que é de domínio externo para suprir necessidades fez com que o proletário usufruisse do único elemento que o faria ganhar dinheiro: o valor de troca de sua força física. Por outro lado, a mercadoria, para o burguês é apenas valor de uso. A correlação entre valores constitui uma relação social que se reproduz tão rapidamente quanto a reprodução do capital. Porém, a relação não é tão-somente entre os homens; passou a ser entre o homem e a mercadoria. A personificação do material propicia a diminuição do ser humano – resultando em escravos de mercadoria.

crianças, em especial, quando envolvidos em pequenos delitos (RODRIGUES; OLIVEIRA; SOUZA, 2014. p.148)

Segundo Rodrigues, Oliveira e Souza (2014), ainda nessa lógica, no século XIX, o termo “menor” passou a ser utilizado para designar os “expostos”, ou seja, os considerados “suspeitos, potencialmente perigosos e irrecuperáveis”. Neste mesmo século, iniciou-se uma categorização do menor que está com situação irregular – sendo considerados incapazes social e intelectualmente, podendo ser prejudiciais à ordem.

No mesmo período, a expressão menor se estende a um significado de diferenciação entre ricos e pobres. Os menores considerados potencialmente perigosos eram capturados, internados e afastados dos espaços direcionados a sociedade correta, limpa e sã. Ou seja, a sociedade carrega a expressão “menor” com uma conotação pejorativa de discriminação – hierarquizando e categorizando indivíduos em formação baseado em seus contextos socioeconômicas.

A distante forma de tratamento que as crianças pobres recebiam comparado às crianças economicamente estáveis força uma associação entre pobreza e perigo, além de conduzir tanto uma estigmatização do pobre como potencial autor de ato infracional quanto uma higienização como forma de intervenção.

O discurso higienista também adentrou na ordenação jurídica da época, repercutindo na construção da Doutrina de Situação Irregular. Tal doutrina foi utilizada como alicerce de dois Códigos de Menores que vigoraram no país, aquele promulgado em 1927 (que perdurou na ditadura Vargas, Estado Novo) e o de 1979 (no contexto da ditadura militar). Ambos embasavam-se na compreensão de que apenas os menores em situação irregular seriam alvos do Poder Tutelar do Estado. (RODRIGUES; OLIVEIRA; SOUZA, 2014. p. 150)

Ainda nesta concepção de que o “menor” abandonado era delinquente, criou-se a primeira legislação brasileira específica para crianças e adolescentes: o Código de Menores de 1927 ou Código Mello Mattos, paradigma que se expandiu por toda a América Latina, cuja concepção era proteger, internar e vigiar. O Código de Menores previa competências exclusivas ao Juiz de Menor, e tinha destinação legal aos: carentes, abandonados, inadaptáveis e autores de atos infracionais. O Código de Menores de 1927 introduziu a ideia de que a lei não era para todas as crianças, mas direcionada apenas ao “menor-objeto”, ou seja, “o menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade”. Esta concepção doutrinária garantia ao Estado o poder legal de interferir em um núcleo familiar, especialmente em casos de “abuso de autoridade, negligência, incapacidade ou impossibilidade de exercer o

seu poder, faltasse ao cumprimento dos deveres paternos”. (RODRIGUES; OLIVEIRA; SOUZA, 2014).

A criminalização infanto-juvenil era legitimada pela Doutrina de Situação Irregular, e refletia a separação e distinção entre as crianças detentoras de direitos, por estarem em situações consideradas regulares, e os “menores” que, possivelmente, causariam transtornos à sociedade – uma vez que eram potencialmente perigosos por estarem em situação de pobreza e em situação considerada irregular. Desse modo, a seguinte doutrina não permitia participação social e centralizava ações de políticas públicas, com posições marcadas por uma visão moralista e assumindo a institucionalização dos menores, como alternativa central de resolução de problemas que ameaçavam a coesão social do período.

O contexto irregular das instituições de menores enquadrava aqueles que detinham “instabilidades” pessoais e/ou familiares, em carentes, abandonados, inadaptados e infratores, podendo estar tanto na condição de vitimizador quanto na de vitimizado – não havendo distinção entre os internos. A não-diferenciação de casos jurídicos para os de natureza psicossocial resultava em um Estado que misturava um discurso ao mesmo tempo repressivo e protecionista. A contradição presente nas intervenções estatais demonstrava uma falha na garantia dos direitos exigidos com base na lei e fortalecia o ciclo perverso de institucionalização compulsória².

O período iniciado na década de 30 foi caracterizado por uma assistência repressiva ao menor e sua família. Para responder as demandas sociais, estruturaram-se o Departamento Nacional da Criança (DNC) – 1940- e o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) – 1941 - , que prestavam orientações assistencialistas às instituições públicas e privadas, além de empoderar o Estado junto aos “desvalidos” e suas famílias.

Segundo Rizzini (2004), a SAM – que era subordinada ao Ministério da Justiça e independente do Juizado de Menores - foi instituída por Getúlio Vargas na tentativa de defender o território nacional da infância criminalizada. Tal instituição com relações clientelistas não propunha medidas de cunho educacional e por isso, culpabilizava os menores e suas famílias pelos problemas sociais. Após notoriedade nacional, a imprensa brasileira considerou a SAM uma espécie de “escola do crime” - a medida que denúncias de maus tratos e o grau de periculosidade dos menores internados eram expostas.

² Ciclo perverso da institucionalização compulsória: apreensão, triagem, rotulação, deportação e confinamento (COSTA. 2004, p. 13)

Apesar da identificação dos menores como objeto de assistência social, é possível verificar que no início do século XX, se iniciou um processo de reconhecimento da identidade e especificidade dos menores em relação aos adultos, o qual até então tinha sido historicamente negado. O reconhecimento do direito partiu de movimentos profissionais que começaram a dar visibilidade as demandas de parcelas esquecidas pela sociedade padronizada. Neste contexto, entende-se que há uma nova preocupação mundial em torno da parcela infanto-juvenil que – por meio de tratados, pactos e declarações internacionais – desenvolve uma expressiva influência nas legislações nacionais sobre o tema. Então, na tentativa de superar um modelo de Direito do Menor, a Declaração dos Direitos da Criança, em 20 de Novembro de 1959, estabeleceu uma nova ordem objetivando substituir a antiga doutrina³.

Apesar de o cenário internacional ter mudado sua concepção acerca dos infantes, em 1964, o Brasil paradoxalmente sofreu um golpe que deu início a ditadura militar vigente até os anos 80, e reordenou o contexto brasileiro à um quadro de contenção e repressão. Os militares atentaram contra a liberdade democrática estabelecendo pavor – materializado em torturas, desaparecimentos, cassações, censuras, etc - àqueles que não concordavam com a modificação da estrutura política, econômica e social brasileira.

No que diz respeito à emersão da consciência sobre direitos infanto-juvenil, Castelo Branco⁴ - contraditoriamente – centralizou as políticas voltadas as crianças e adolescentes, tornando-as repressivas. Partindo do pressuposto de que a SAM precisava ser substituída por uma instituição de maior efetividade, em 1º de Dezembro de 64, criou-se a Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) – vinculado ao Ministério da Justiça, que, implementou a Política Nacional de Bem-Estar do Menor e reforçou seu caráter coercitivo frente a problemática infanto-juvenil.

³ “As disposições de tal Convenção são consideradas de aplicação diferidas, e não de aplicação e execução imediata, ou seja, tem natureza progmática, em outras palavras, não tem o caráter coercitivo de obrigar o Estado garantir as suas normas, embora seja um tema controverso” (SILVA. 2012, p. 3)

⁴ “**1964-1967: Humberto Castello Branco** - Cearense, foi um dos líderes do golpe. General, foi transferido para a reserva no posto de marechal. Durante seu governo, de 1964 a 1967, instituiu o Serviço Nacional de Informações (SNI). Criou o Banco Central e o Banco Nacional de Habitação (BNH). Os partidos que existiam na época foram fechados. Passaram a ser permitidas apenas duas legendas: a Aliança Renovadora Nacional (Arena), governista; e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), de oposição. Castello Branco aprovou o regulamento geral do Instituto Brasileiro de Reforma Agrária (IBRA) e promulgou a Constituição de 24 de novembro de 1967, que institucionalizava a ditadura. No seu governo, foram cassados os direitos políticos de deputados, governadores, ex-presidentes e lideranças de entidades civis. Em 1967, foi aprovada a Lei de Imprensa, que limitava a liberdade de pensamento e informação e era uma expressão do caráter arbitrário do regime.” (<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/NAO-INFORMADO/97117-OS-PRESIDENTES-DA-DITADURA-MILITAR.html>)

A FUNABEM estabelecia formas de funcionamento que previam a análise do “menor-problema” a fim de fornecer soluções corretivas resultantes na construção de um “homem do amanhã” modulado ao progresso brasileiro.

Para os entusiastas da “Revolução, [...] a FUNABEM surgia para colaborar com a manutenção dos valores morais e espirituais das “pessoas de bem”, auxiliando na busca pelo progresso do Brasil. Estabelecia-se um vínculo essencial entre a infância e a Nação: zelar pela criança equivaleria a promover a defesa da Nação. (BECHER, 2011, p. 12)

General Médici, em discurso, proclamou que a FUNABEM reestabeleceria a paz e justiça social perdida com o aumento do grau de complexidade da questão social no Brasil:

Nesta manhã, vejo todo um milagre. Vejo o milagre da transmutação da “sucursal do inferno”, da “escola do crime” e da “fábrica de monstros morais”, em um centro educacional voltado para o desenvolvimento integral do menor [...]. Forçoso é dizer, no entanto, que o grande serviço prestado ao país com a eliminação da mentalidade presidiária do SAM e conseqüente adoção da filosofia educacional desta Fundação ainda é pouco, muito pouco, para o Brasil, consideradas a nossa geografia humana das faixas etárias mais baixas, nossas carências de toda ordem e a criminosa dimensão do tempo perdido. Cumprenos, a todos, reaver esse tempo, pois é preciso entender que o grau de desenvolvimento econômico de justiça social e de segurança pode ser medido pela proteção e pelo respeito que as crianças merecem em seu país [...]. Quisera vê-los, a todos, esses desamparados, não somente como aquele atirado, sangrando, num formigueiro, afilhado de Nossa Senhora, e que, aparecerem as coisas perdidas, surgindo à frente de fantasmática tropilha, diz-se fazer o milagre de aparecerem as coisas perdidas. Antes, quisera vê-los, como os filhos da afeição de todos nós, de braços dados os companheiros felizes de sua geração, e fazendo o milagre de aparecerem, afinal, os valores, ainda não de todo encontrados, de amor e compreensão pela criança (Discurso proferido na FUNABEM por ocasião da Semana da Criança, em 05 de outubro de 1970. Cf. FUNABEM, 1973: xxv-xxix). (BECHER, 2011. p. 12).

Assim, a década de 1970 deu origem as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEMs). Estes órgãos eram resultantes do aperfeiçoamento das instituições de menores e responsáveis pelo atendimento direto a dois tipos de menores: os que cometiam delitos e que permaneciam sob custódia das instituições e os abandonados, cujas famílias eram ausentes ou não tinham condições de criá-los.

Foucault explana o sentido coercitivo e corretivo embutido na internação dos adolescentes - reforçando o poder e o controle do Estado sobre esta parcela populacional:

[...] uma coisa, com efeito, é clara: a prisão não foi primeiro uma privação de liberdade a que se teria dado seguida uma função técnica de correção, ela foi desde o início uma ‘detenção legal’ encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal. Em suma, o

encarceramento penal, desde o início do século XIX, recobriu ao mesmo tempo a privação de liberdade e a transformação técnica dos indivíduos. [...] O isolamento assegura o encontro do detento a sós com o poder que se exerce sobre ele. (FOUCAULT, 2014, p. 225 e 230).

Contudo, a concepção policial da FEBEM resultou, tanto em relatos de internações violentas, quanto em um número alarmante de internação compulsória; somente entre 1967 e 1972, 53 mil crianças e adolescentes foram internados, “a maioria procedente das favelas cariocas, do estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo.” (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 37).

De maneira que se deveria falar de um conjunto cujos três termos (polícia-prisão-delinquência) se apoiam uns sobre os outros e formam um circuito que nunca é interrompido. A vigilância policial fornece à prisão os infratores que esta transforma em delinquentes, alvo e axiliares dos controles policiais que regularmente mandam alguns deles de volta à prisão. (FOUCAULT, 2014, p. 277)

Em um contexto ditatorial, instituiu-se o novo Código de Menores (1979) que representou a gritante contradição entre a realidade brasileira da época e os tratados internacionais. As autoridades policial e judiciária eram únicas e de acordo com elas, o “menor” que se encontrava em situação irregular era objeto de medidas jurídicas fiscalizadas pelo Juíz e seus auxiliares.

O novo Código, apesar de ter surgido em um contexto de críticas ao modelo repressivo, ainda mantinha a ideia do “menor” como objeto jurídico e garantia o aumento de poder da magistratura que detinha uma prática com caráter punitivo e corretivo.

Foi a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), do Pacto dos Direitos Civis e Políticos⁵ (1966), do Ano Internacional da Criança (1979) e do Ano Internacional da Juventude (1985) que instrumentos se estruturaram configurando a Doutrina das Nações Unidas para Proteção Integral da Criança e do Adolescente. O contexto mundial expressava gana em estabelecer uma ruptura com práticas limitadoras de direitos, inclusive os das crianças e adolescentes. As Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da justiça e da Juventude (Regras de Beijing), ainda que não tenha sido ratificada pelo Brasil, influenciou a discussão infanto-juvenil com desdobramentos tanto na CF/88, quanto na construção do ECA. As Regras de Beijing adotam um modelo de justiça de menores cujo

⁵ Prevê ações específicas para menores de idade envolvidos em atos infracionais – tendo em vista a diferenciação destes dos adultos.

objetivo é proteger, conferir e resguardar os direitos fundamentais dos adolescentes autores de atos infracionais, seguindo as seguintes definições:

- I. Jovem é toda criança ou adolescente que, de acordo com o sistema jurídico respectivo, pode responder por uma infração de forma diferente do adulto;
- II. Infração é todo comportamento (ação ou omissão) penalizado com a lei, de acordo com o respectivo sistema jurídico;
- III. Jovem infrator é aquele a quem se tenha imputado o cometimento de uma infração ou que seja considerado culpado do cometimento de uma infração” (SILVA, 2012. p. 7)

Da mesma maneira, em 1990, as Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil e as Regras Mínimas das Nações Unidas para proteção dos jovens privados de liberdade continuaram influenciando a legislação brasileira, com construção do ECA, e Lei Federal do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), assegurando a extensão dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes vitimizados ou vitimizadores. As Diretrizes de Riad trazem princípios que visam aplicação de medidas a fim de prevenir a delinquência juvenil para que, também, se minimize os delitos na sociedade, assim como preservar o bem-estar infanto-juvenil. Além disso, prevê ações específicas no quesito da formação psíquica do adolescente no seu processo de socialização “em especial através da família, da comunidade, dos grupos de jovens, das escolas, da formação profissional e do desenvolvimento pessoal próprio das crianças e dos jovens [...]” (Princípios das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil - (Diretrizes de Riad) Documento das Nações Unidas n.º A/CONF. 157/24 (Parte I), 1990)

As Regras Mínimas das Nações Unidas para proteção dos jovens privados de liberdade, são regras mínimas estabelecidas pelas diretrizes e aceitadas pelas Nações Unidas com o seguinte objetivo: proteger adolescentes privados de liberdade, tendo em vista preocupações tanto com sua reinserção na sociedade quanto com as consequências psíquicas de um isolamento social. Cabe ressaltar que a medida socioeducativa de internação é prevista para ser aplicada apenas em última instância, e pelo menor tempo possível.

A preocupação em resguardar os direitos dos jovens se tornou evidente, no decorrer dos anos, a partir da emergência de movimentos da sociedade civil⁶, que culminou em legislações protetivas cada vez mais voltada a integridade e da dignidade do indivíduo em formação.

⁶ “A Doutrina de proteção integral surge por volta da década de oitenta, no context de um país que buscava a democratização política e os movimentos sociais protagonizaram importantes rupturas com práticas cerceadoras de direitos, inclusive os direitos das crianças e adolescentes” (RODRIGUES; OLIVEIRA; SOUZA, 2014. Nota de rodapé p. 153.)

A partir da mudança no pensamento mundial, o Brasil, pela primeira vez, concebeu crianças e adolescentes como sujeitos de direitos na promulgação da Constituição Federal de 1988. Deu-se início a Doutrina de Proteção Integral que, buscou abordar a questão infanto-juvenil sob a ótica dos direitos humanos, permitindo a reconstrução da ideia de universalidade dessa parcela da sociedade. Entende-se, então, que a criança e o adolescente são cidadãos em formação em situação peculiar de desenvolvimento, ou seja, assim como os adultos, detêm direitos sem restrição à proteção e prevenção, principalmente, em casos de ameaças ou violação de direitos. Diferente da Doutrina de Situação Irregular, reafirma-se um estado democrático de direitos sem distinção entre a população infanto-juvenil - mantendo e preservando a integridade física e moral desse segmento. Por lei, a responsabilidade deixou de ser dos indivíduos-problema e passou a ser do Estado, família e sociedade, os quais deveriam zelar pelo respeito aos direitos desse público.

A partir dessa concepção, em 13 de julho de 1990, adveio-se o ECA com o intuito de romper, de vez, com a noção criminalizadora do menor de idade. Assim, em seu artigo 3º estabelece:

[...] a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual. (BRASIL, 1990c)

A construção do ECA significou mais que o fortalecimento da proteção integral de tais cidadãos. Prevê a garantia de direitos aplicados à pessoa humana e compreende a fase de formação psíquica, social e moral desses indivíduos – portanto, é dever do Estado, da família e da sociedade garantir o desenvolvimento das crianças e adolescentes, respeitando sua autonomia na tomada de decisões baseado na legalidade e considerando sua condição peculiar de desenvolvimento.

A definição dada pelo ECA prevê que pessoa até 12 anos de idade incompleta é criança, e adolescente é a pessoa entre 12 anos e 18 anos. Essa parcela da população possui direitos fundamentais previstos no artigos artigos 7º ao 69º. São alguns:

- I. À vida e à saúde;
- II. À liberdade, ao respeito e à dignidade;
- III. À convivência familiar e comunitária;
- IV. À educação, à cultura, ao esporte e ao lazer;
- V. À profissionalização e à proteção no trabalho.

Saraiva (2010) desmembra o ECA em três eixos fundamentais: o sistema primário (sistema preventivo), o sistema secundário (sistema de proteção) e o sistema terciário de garantias (sistema de proteção integral). “Este tríptico sistema [...] atua de forma harmônica entre si, com acionamento sucessivo ou simultâneo.” (SARAIVA, 2010, p. 64)

- I. Sistema primário de garantias: universalidade da população infanto-juvenil brasileira, sem quaisquer distinções. Busca prevenir e evitar a ocorrência de violação de direitos relacionados a cultura, informação, lazer, esportes, diversões e espetáculos.
- II. Sistema secundário de garantias: foco na criança e adolescente vitimizados, ou seja, aqueles que em situações de vulnerabilidade tiveram seus direitos fundamentais violados – resultando nos seguintes atos: ação ou omissão da sociedade ou do Estado; falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; em razão da conduta da criança e do adolescente. Nesses casos, os arts. 98, 101 e 136 preveem a adoção de Medidas Protetivas.
- III. Sistema terciário de garantias: foco na criança e adolescente em conflito com a lei – “garantindo-lhes direitos, mas, também, impondo-lhes obrigações”.

Para Saraiva (2010, p. 64): “Este tríptico sistema [...] atua de forma harmônica entre si, com acionamento sucessivo ou simultâneo.”

De acordo com o Art. 103 do ECA, estabelece-se que o ato infracional é “a conduta descrita como crime ou contravenção penal”. As crianças e os adolescentes que estão em conflito com a lei receberão uma resposta do Estado de caráter especialmente educativo. É importante ressaltar que o Juiz da Infância e da Juventude deve analisar a idade da criança ou adolescente, a circunstância e a gravidade do ato infracional.

1.1. Medidas socioeducativas

As medidas socioeducativas, são aplicadas apenas àqueles que cometeram atos infracionais, após o processo legal de apuração do caso. No caso do Distrito Federal, a execução das medidas socioeducativas está sob a responsabilidade da Secriança do Distrito Federal, que tem em sua estrutura a SUBSIS.

O artigo Art. 112 do ECA elenca as seguintes medidas uma vez que o adolescente comete atos infracionais, deve ser responsabilizado com aplicações de medidas socioeducativas, propiciando à eles, condições de desenvolvimento pessoal e social – visto que são indivíduos em condição peculiar de formação. São elas:

- I. Advertência;
- II. Obrigação de reparar o dano;
- III. Prestação de serviços à comunidade;
- IV. Liberdade assistida;
- V. Inserção em regime de semi-liberdade;
- VI. Internação em estabelecimento educacional.

As medidas socioeducativas são destinadas àqueles que, de fato, concluem o ato infracional.

Assim, todos os direitos reconhecidos pelas normativas nacional e internacional devem ser garantidos e assegurados ao adolescente acusado da prática de ato infracional, não cabendo ao Estado restringir direitos e garantias que não tenham sido objeto de restrição legal ou judicial. Assim, a medida socioeducativa imposta ao adolescente tem por objetivo a sua responsabilização em relação ao ato praticado, sua integração social e a garantia de seus direitos individuais e sociais, superando as práticas meramente sancionatórias e disciplinadoras. (Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura, 2015-2016. p. 46)

O adolescente, no julgamento, a partir da gravidade do ato infracional, a sentença pode resultar em diferentes medidas, a saber:

- I. A advertência consiste na repreensão judicial ao adolescente pelo ato infracional a fim de conscientizá-lo quanto as consequências do ocorrido e de uma possível reincidência.
- II. A reparação o dano, por sua vez, é o refazimento econômico do dano causado à vítima. Ambas, advertência e reparação ao dano, são consequências de um ato infracional leve, e são limitadas a avisos e obrigações destinadas ao adolescente autor de ato infracional de que o que ocorreu não pode acontecer mais.

Dentre as medidas socioeducativas de meio aberto, destacam-se a Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA).

- III. A PSC consiste em sua colocação em espaços socioocupacionais públicos, reconhecidas pelos sistema de justiça, resultando num trabalho conjunto do adolescente e da equipe socioeducativa, no cumprimento de atividades gratuitas de interesses coletivos destinadas a entidades assistenciais, hospitais, etc. O horário de cumprimento da medida deve ser de no máximo 8 horas semanais, não podendo ultrapassar 6 meses.

- IV. A LA é uma medida socioeducativa de meio aberto dirigida aos/às autoras de atos infracionais, considerados de maior gravidade ou em situações de reincidência. Em que a autoridade judiciária entende que a família do adolescente, pode, juntamente aos profissionais, reverter a situação da trajetória infracional. Assim, o socioeducando deverá ser acompanhado por no mínimo 6 meses, por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente, bem como oferecer atendimento nas áreas de políticas públicas.
- V. A medida de semiliberdade, caracterizada pela restrição da liberdade, é cumprida em unidades especializadas, que devem se aproximar do formato de uma casa comum, mantida em área urbana e residencial, em que os/as adolescentes e jovens fiquem sob orientação e acompanhamento durante a semana, podendo passar o final de semana em sua residência, quando avaliado pela equipe multiprofissional e autoridade judiciária, como um procedimento positivo para sua reeducação. A medida possibilita atividades externas e tem como obrigatoriedade a frequência na escola e nos centros de profissionalização. É, na verdade, um acompanhamento do adolescente e respectiva família, por profissionais, a fim de elaborar planos individuais para compreender a medida adotada e superar a trajetória infracional.

Atualmente, de acordo com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), são cinco as Unidades de Semiliberdade⁷ no Distrito Federal, sendo uma delas direcionada exclusivamente ao público feminino:

- Unidade de Taguatiga – UAST
 - Unidade do Gama – UASG
 - Unidade de Semiliberdade do Recanto das Emas – USRE
 - Unidade de Santa Maria – UASSM
 - Unidade Feminina do Guará
- VI. A medida socioeducativa, considerada a mais grave, e identificada na legislação como medida excepcional, é a internação. Trata-se de uma alternativa sancionatória e pedagógica, que tem como base a privação da liberdade. Nela

⁷ Alguns endereços das Unidades socioeducativas, como por exemplo o da USRE, não podem ser revelados por questão de sigilo da identidade do adolescente em conflito com a lei.

o/a adolescente ou responde a um ato infracional grave, ou é reincidente, ou resiste ao cumprimento das demais medidas socioeducativas, anteriormente apresentadas..

As Unidades de Internação, devem, segundo a legislação, se equiparar a estabelecimentos educacionais, e assim respeitar os princípios de “brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar do desenvolvimento”. Caracterização legal que não tem se materializado na prática, tema que será problematizado no processo de apresentação dos dados a serem apresentados neste relatório de pesquisa.

A medida de internação não possui prazo determinado, porém, tem período máximo de 3 anos, e objetiva a reinserção na sociedade, dos quais adolescentes autores de atos infracionais, considerados de maior gravidade. Tal medida socioeducativa está estruturada a partir da privação de liberdade, mas respeitando todos os demais direitos fundamentais dos/as internos/as.

O Distrito Federal possui seis unidades de internação, sendo elas:

- Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE
- Unidade de Internação de Planaltina – UIP
- Unidade de Internação de São Sebastião – UISS
- Unidade de Internação Provisória de São Sebastião - UIPSS
- Unidade de Internação de Santa Maria – UISM
- Unidade de Internação de Saída Sistemática – UNISS

A Doutrina de Proteção Integral consolidou o processo de construção de direitos fundamentais das crianças e adolescentes que, somente a partir daí, receberam atenção específica. Nesse sentido, as MSEs se consolidaram respeitando a situação peculiar de desenvolvimento do adolescente em conflito com a lei e garantindo seus direitos de serem acompanhados pela família, pela comunidade e pelo Estado (que deve, concomitantemente, educar e responsabilizar). Tais mudanças de concepção e estruturação da política de atendimento estão previstos na Lei Federal do Sinase, de nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, uma lei nova para fazer face a uma demanda histórica de respeito aos direitos humanos da infância no Brasil.

1.2.Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)

A partir da Resolução 119 de 2006 do Conselho Nacional dos direitos da criança e adolescente – Conanda (que, especialmente, garante os direitos dos adolescentes em conflito

com a lei no cumprimento do Plano Individual de Atendimento), do ECA e da Lei Federal 12.594 de 2012 (que regulamenta a execução de medidas socioeducativas), instituiu-se o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase).

O SINASE “regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional”. (Presidência da República, 2012. Lei nº 12.594) e é constituído por política pública de inclusão dos adolescentes em conflito com a lei e busca incentivo de outras políticas públicas e sociais. Contém princípios e diretrizes para ações desde o processo de verificação do ato infracional à execução da MSE.

Entende-se por Sinase o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei. (Presidência da República, 2012. Lei nº 12.594 § 1º)

De acordo com o documento “Socioeducação – adolescentes em conflito com a lei” (2012), o SINASE prevê parâmetros para o funcionamento das medidas tanto em meio aberto quanto em meio fechado – priorizando a aplicação de medidas de prestação de serviços a comunidade e liberdade assistida, a partir da municipalização do atendimento⁸; além de preconizar a regionalização de programas, objetivando garantir o direito à convivência familiar e comunitária.

O art. 35 expõe que a SINASE é regida pelos seguintes princípios:

- I - legalidade, não podendo o adolescente receber tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto;
- II - excepcionalidade da intervenção judicial e da imposição de medidas, favorecendo-se meios de autocomposição de conflitos;
- III - prioridade a práticas ou medidas que sejam restaurativas e, sempre que possível, atendam às necessidades das vítimas;
- IV - proporcionalidade em relação à ofensa cometida;
- V - brevidade da medida em resposta ao ato cometido, em especial o respeito ao que dispõe o art. 122 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- VI - individualização, considerando-se a idade, capacidades e circunstâncias pessoais do adolescente;
- VII - mínima intervenção, restrita ao necessário para a realização dos objetivos da medida;
- VIII - não discriminação do adolescente, notadamente em razão de etnia, gênero, nacionalidade, classe social, orientação religiosa, política ou sexual, ou associação ou pertencimento a qualquer minoria ou status;

⁸ A municipalização do atendimento consiste em manter o adolescente em conflito com a lei próximo dos limites geográficos do município tanto no cumprimento das medidas socioeducativas quanto no primeiro atendimento. Essa medida objetiva fortalecer o vínculo e o protagonismo do adolescente com a comunidade e a família.

IX - fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários no processo socioeducativo.

Desse modo, entende-se que por ser possuidor de especificidades, durante e após a medida de internação, tem direito à atendimento integral e especial.

É coordenado pela União, mas preza obrigatoriamente por planos nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Cada federação deve ter o seu plano de programas e projetos específicos de atendimento, conforme suas características.

O Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, elaborado e tomado como referência nacional em 2013, veio numa tentativa de materializar as diretrizes, princípios, objetivos, e com a seguinte proposta a ser seguida pelos demais Estados e Municípios da federação brasileira:

O Plano Nacional é a expressão operacional dos marcos legais do Sistema Socioeducativo, traduzida por meio de uma matriz de responsabilidades e seus eixos de ação. Com essa conformação, ele orientará o planejamento, a construção, a execução, o monitoramento e a avaliação dos Planos Estaduais, Distrital e Municipais Decenais do SINASE, além de incidir diretamente na construção e/ou no aperfeiçoamento de indicadores e na elaboração do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. (Plano Nacional do Sistema Socioeducativo, 2013. p. 6)

O Plano Distrital, por sua vez, foi desenvolvido pela primeira vez em 2016 contendo ações e competências baseadas na peculiaridades do DF. Tais planos do SINASE significam seu reconhecimento dos adolescentes autores de infração e sua correspondência com os compromissos firmados pelo Brasil com as declarações e pactos internacionais. Entretanto, os desafios à sua implementação são diversos, haja vista a cultura brasileira de tratamento punitivo e repressivo que mantém a cultura do menorismo até os dias atuais. Houveram avanços no patamar legal, mas a sua concretização tem sido difícil, em razão de uma cultura de violência institucional que resiste em ser superada. Bem como a lógica da desinstitucionalização, que está pautada nos direitos humanos e prevista na legislação, embora a sua prática ainda esteja longe de ser alcançada.

1.3.Desinstitucionalização da internação

A partir de denúncias acerca do tratamento do doente mental nos manicômios, iniciaram-se questionamentos sobre sua eficácia devido, especialmente, ao afastamento social presente na institucionalização.

Em contrapartida, o processo de desinstitucionalização defendia uma intervenção terapêutica em meio aberto e em condições normais de convivência – na tentativa de fortalecer

os vínculos familiares e comunitários. Tratou-se de uma concepção de intervenção a partir da ideia de que a privação social não contribui para a mudança de conduta. Por esse motivo, a internação deveria ser abordada em última instância, apenas em situações excepcionais e breves.

A institucionalização foi fortemente debatida e questionada, influenciando assim, o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida de internação.

Um aspecto importante previsto tanto no SINASE quanto no ECA é a atenção aos adolescentes em internação que detêm transtornos mentais: o art. 112 § 3º do ECA discorre que “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”, o art. 64 § 1º a § 7º do SINASE prevê que “o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial”.

Segundo Goffman, foi no início do século XIX que se constituiu a ideia de locais necessários (instituições totais⁹) para controlar e corrigir os que detêm uma “cultura aparente”; ou seja, pessoas que tinham uma vida e atividades formadas e aceitas até o momento de adentrar nas instituições de privação de liberdade – e estas como sendo um local de afastamento do indivíduo da sociedade mais ampla. Este conjunto de instituições – conventos, prisões, asilos e manicômios – partiam da concepção penal e psiquiátrica de punição-correção. (GOFFMAN, 2001)

Desde então, a atenção aos que estão em conflito com a lei e aos que possuem transtornos mentais é associada ao isolamento do meio familiar e comunitário, baseado tanto na internação em hospitais psiquiátricos, quanto nas prisões.

[...] há mais de um século o portador de sofrimento mental infrator vem sendo encarcerado no êxilio do silêncio, na intolerância da segregação; afastado de seus familiares, sem direito a ser sujeito de direitos, grifando o fato de que estes sujeitos não recebem, sequer, o tratamento mínimo estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental por conta da sua relação estreita com o sistema de justiça, sinalizando uma supla punição: por ser ‘mensageiro do caos’, por ser “diferente”. (SOARES; BUENO, 2016. p. 2)

⁹ As instituições totais prevêm, em seu modelo, o “fechamento”, isto é, o isolamento social – formalmente administrado – para controle do paciente ou prisioneiro. Desse modo, as instituições não são formas de substituição da cultura, apesar de que se uma pessoa for isolada da sociedade mais ampla por muito tempo pode parecer e se tornar, momentaneamente, “desaculturada” – uma vez que as relações intersociais foram limitadas e em certo ponto, substituídas pelas normas e determinações de cada estabelecimento institucional. (GOFFMAN, 2001)

Os estabelecimentos de internação— cuja maioria das admissões são involuntárias - oferecem tratamentos prescritos sob formas de isolamento e controle para que aja uma mudança no “eu” do indivíduo-problema. Nesse sentido, a institucionalização resulta na estigmatização negativa dessa parcela da população. As transformações na assistência em saúde mental começaram a ser pauta relevante a partir das décadas de 70 e 80 no Brasil, quando reclusões prolongadas se tornaram sinônimos de violência e segregação social. O Movimento da Luta antimanicomial surgiu em resposta a esse pensamento que se legitimava a partir da exclusão social e da supremacia da “razão sã”.

A legitimação da supremacia da minoria da sociedade ainda hoje é reproduzida pelas relações sociais alienadas, que obedecem um padrão colonial estabelecido e que, ao ignorarem a complexidade da sociedade, favorecem apenas alguns segmentos privilegiados. A reprodução de algumas ideologias condicionadas e consideradas sãs e supremas (branca, capitalista, burguesa, por exemplo) fortalece a lógica perversa de hierarquização entre indivíduos, classes, etnias e pensamentos. Dessa maneira, no final da década de 80, movimentos sociais emergiram objetivando o fim da hospitalização de doentes mentais e a substituição do modelo institucional por um modelo humanizado. É no contexto da Reforma Sanitária brasileira que a questão da reforma psiquiátrica no Brasil se estabelece.

No Brasil, a partir de 1978, denúncias acerca do tratamento do doente mental nos manicômios foram expostas, período em que se fortaleceram os questionamentos sobre a eficácia da institucionalização de pessoas da convivência familiar e comunitária, como mecanismo de tratamento aos doentes mentais e aos adolescentes em situação de abandono e delinquência.

A Reforma Sanitária, por sua vez, estruturou uma nova e relevante preocupação a atenção a saúde mental pública- muito além do que era compreendido: saúde limitada ao corpo humano biológico, reduzindo a importância dos contextos social, psicológico e cultural do indivíduo.

Segundo esse ideal, usuários e familiares se mobilizaram a fim de transformar o ambiente manicomial – uma vez que a realidade precária do modelo baseado em hospitais psiquiátricos foi questionado a partir da legitimidade da noção de direitos e a descoberta de maus tratos aos pacientes; como alternativa, surgiram ações de atenção à saúde mental com base na desinstitucionalização, tendo na internação uma alternativa excepcional. Foi em 1988 que a Constituição Federal brasileira instituiu novas formas institucionais às novas políticas de saúde, a partir do Sistema único de Saúde (SUS).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, —confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (GONÇALVES; SENA, 2001, p 51).

Seguindo esta concepção, o art. 196 da CF, destinado à saúde pública, estabeleceu esta como direito de todos e dever do Estado – objetivando o bem estar e a justiça social – e mediada por políticas sociais e/ou econômicas que visam a proteção, promoção e recuperação universalizando o acesso aos serviços e a reduzindo o risco a doenças.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Após as conquistas da CF 88, a reforma psiquiátrica ganhou ainda mais força: em 1990, consolidaram-se, na Lei 8080, as atribuições do SUS devendo propiciar serviços e ações aqueles que necessitam – sem discriminações social, econômica e cultural. Assim como, em dezembro do mesmo ano, na Lei 8142, estabeleceu-se a “participação da comunidade na gestão do SUS e transparências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde”.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Em 2001, entrou em vigor a Lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001) – principal fator da Reforma Psiquiátrica; prevê a internação em última instância; proíbe a internação em asilos; e, oferece políticas específicas àqueles internados por muito tempo. Principalmente, após a publicação desta lei, o esforço dos movimentos sociais pela substituição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) por uma rede de atenção psicossocial se fortaleceu.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A institucionalização foi fortemente debatida e questionada, influenciando assim, o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida de internação. A partir de 2001, o Ministério da Saúde promoveu diversos fóruns e conferências a fim de, progressivamente, emergir debates sobre a linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos mentais e conscientizar a população da complexidade deste tema.

Seguindo a concepção de proteção legal dos adolescentes em cumprimento de MSE, legislações importantes como o SINASE e o ECA previram a atenção aos adolescentes em internação que detêm transtornos mentais: o art. 112 § 3º do ECA discorre que “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”, o art. 64 § 1º a § 7º do SINASE prevê que “o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial”. Ressalta-se que o ECA admitiu em seus artigos, dispositivos de atenção especial às pessoas com deficiência e transtorno mental, seguindo o forte movimento de luta antimanicomial que se destacou na década de 1980. Atesta-se que a privação da convivência familiar e comunitária podem contribuir com o enlouquecimento do indivíduo, principalmente quando se trata de pessoas em formação física, psíquica e moral – tendo em vista que é inegável o modo positivo de como se configura a família e a comunidade para o jovem.

1.4.Fatores de risco: estressores do isolamento social

A adolescência é o momento onde emerge o sentimento de pertencimento em determinado grupo. Ao iniciarem o cumprimento da medida socioeducativa de internação, os adolescentes têm esse sentimento potencializado – uma vez que, concomitantemente, potencializam-se fatores de risco precipitantes (relativos ao estresse prisional). (MOREIRA, 2009)

A especificidade do sistema socioeducativo impõe um olhar diferenciado quando da apreciação de práticas de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. A condição peculiar de desenvolvimento na qual estão os adolescentes exige uma maior atenção tanto às condições objetivas de privação de liberdade – como superlotação, salubridade etc. – quanto aos seus efeitos subjetivos na formação moral e psicológica deste sujeitos. A restrição de liberdade imposta, a aplicação de sanções disciplinares indevidas, a escassez de insumos de cunho alimentar, a ausência de abordagem pedagógica, entre outros, prejudicam o desenvolvimento do intelecto juvenil, causando sequelas potencialmente irreversíveis. Assim, muitas destas práticas podem se equiparar a tortura ou outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradante. (Relatório Anual 2015-2016. Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura, 2016)

Como já visto, cada indivíduo possui sua especificidade, ou seja, traços de personalidade que determinam maior ou menor resiliência a determinada situação. Os adolescentes em cumprimento de medida importam ao meio prisional certos fatores externos de vulnerabilidade que, somados aos fatores precipitantes podem acarretar no adoecimento mental do interno.

Moreira (2009) afirma que existem características individuais que podem potencializar comportamentos suicidários na prisão. As principais são: características sociodemográficas; histórico de autolesão; histórico pessoal e familiar de perturbação psíquica; e abuso ou dependência de substâncias. Enquanto situações pertinentes à restrição de liberdade podem potencializar o adoecimento mental: fase inicial da execução da pena; isolamento disciplinar; sobrelotação; e vitimização.

1.4.1. Fatores externos e individuais

Segundo a tese de Moreira (2009), a idade e o estado marital são as questões mais influentes no processo de ideação suicida. Ou seja, quando menor a faixa etária do indivíduo em cumprimento de pena, maior a vulnerabilidade ao suicídio. “Ao contrário do que se observa entre a população geral, onde o risco da suicida se encontra associado ao aumento da idade, nas prisões o aumento da idade parece ter menor influência sobre a vulnerabilidade suicida.” (MOREIRA, 2009, p. 30)

Nesse sentido, concluiu que o risco suicida se potencializa em detentos solteiros e divorciados. Essa tese é atestada tanto por artigos mais antigos, quanto por documentos mais recentes.

Joukamaa (1997) ao analisar 184 suicídios nas prisões finlandesas verificou que a maioria da amostra era solteira ou divorciada e apenas um décimo casada. Fruehwald e colaboradores verificaram que apenas um quarto dos 220

recluídos que morreram por suicídio em prisões austríacas entre 1975 e 1979 eram casados. Shaw e colaboradores (2004) observaram que 76% dos 171 suicidas da amostra eram solteiros, 14% viviam em união de facto e 9% estavam divorciados ou separados. Wichmann e colaboradores (2000) verificaram que 64% dos recluídos da sua amostra que morreram por suicídio não viviam maritalmente e que os restantes 36% se encontravam casados ou a viverem em união de facto. (MOREIRA, 2009, p. 30)

No que se refere á autolesão, constatou-se que é quase unânime a tese de que o comportamento autolesivo nas prisões são mais comuns em indivíduos que já possuem histórico de auto-mutilação. Duque e Neves (2004, p. 225) atestaram a importância de associar o histórico de autolesão à existência de transtornos de personalidade, “[...] verificou-se ainda, uma maior tendência suicidária para o grupo de reclusos auto-mutilados.”

Fazel e Danesh (2002), numa revisão de 62 estudos sobre saúde mental em estabelecimentos prisionais de 12 países ocidentais, com uma amostra de 22.790 reclusos, 18.530 (81%) homens e 4.260 (19%) mulheres, verificaram que 3% a 7% dos reclusos homens padeciam de perturbações psicóticas, 10% de perturbação depressiva major e 65% de perturbações de personalidade, dos quais 47% com perturbação anti-social.

[...]

Por exemplo, He e colaboradores (2001) verificaram que, entre as perturbações psiquiátricas mais comumente encontradas entre reclusos vítimas de suicídio em situação de *condenados*, se encontravam as perturbações de humor (44% antes da detenção e 64% durante o encarceramento) e perturbações psicóticas (28% antes da detenção e 44% durante o encarceramento). (MOREIRA, 2009, p. 32; p. 33)

Os índices de transtornos mentais em estabelecimentos prisionais confirmam que, por ser um local que potencializa as vulnerabilidades individuais, pode consolidar o pensamento suicida. Corroborando, ainda, com o fato de que “os reclusos que tentam suicídio tem quatro vezes maior probabilidade de terem recebido tratamento psiquiátrico no ano anterior à sua detenção, comparativamente a reclusos que não tenham tentado suicídio.” (MELTZER; JENKINS; SINGLETON; CHARLTON; YAR, 2003).

Alguns reclusos possuem tendência a desencadear transtornos mentais, como já citado. Porém, é necessário ressaltar que esse risco pode ser mais rapidamente desencadeado se o indivíduo consumir substâncias. Ou seja, detentos que fazem uso recorrente de substâncias químicas e/ou álcool estão pré-dispostos a terem ideação suicida, ao serem privados de liberdade. “He e colaboradores (2001), numa prisão para presos condenados, verificaram que 68% dos reclusos que cometeram suicídio apresentavam historial de abuso ou dependência de álcool e drogas pré-reclusão. Destes, 48% abusavam e dependiam de ambas as substâncias.” (MOREIRA, 2009, p. 34)

1.4.2.Fatores precipitantes: relativos ao estresse prisional

Segundo o posicionamento de Moreira (2009) os estressores prisionais podem ter inúmeros motivos, dentre eles: motivos institucionais (relacionados às regras e posições estabelecidas pelo próprio sistema prisional); motivos legais (relacionados à decisão judicial do cumprimento da pena, processo de julgamento, etc); motivos interpessoais (relacionados ao convívio com familiares e outros detentos); e motivos médicos (relacionados ao aparecimento de quadros de ansiedade, insônia, alucinações, etc).

A fase inicial da execução da pena é um período no qual se apresentam elevados índices de quadros suicidários – uma vez que o detento está no processo de maturação sobre sua situação atual. Esta fase, na maioria das vezes, vem acompanhada de sentimentos de culpa, de vergonha, de arrependimento, entre outros. Os sentimentos após o decreto da pena facilitam o desenvolvimento de perturbações mentais durante a reclusão e, conseqüentemente, uma possível tentativa de suicídio – visto que, como já comprovado, uma situação corrobora para o acontecimento da outra. “Para os autores, grande parte dos reclusos tendem a experimentar tanto stress cognitivo¹⁰ como perturbação psiquiátrica, mas ambos tendem a diminuir durante os dois primeiros meses de encarceramento” (MOREIRA, 2009. p. 37)

Os motivos judiciais, por sua vez, são estressores aos que ainda não foram condenados pelo crime, ou seja, estão em prisão provisória. Nesse momento, sentimentos como medo e ansiedade se potencializam simbolizando a incerteza sobre o futuro – podendo ser minimizados ou fortalecidos após o decreto da pena.

Outro fator que pode acarretar um possível comportamento suicidário em meio prisional é a superlotação que ocorre, comumente, no cenário brasileiro. De acordo com o Informativo Rede Justiça Criminal de Janeiro de 2016, o Brasil é o quarto país no ranking com maior contingente de pessoas privadas de liberdade.

Importa saber também que o encarceramento em massa que vem ocorrendo no Brasil não gerou qualquer impacto positivo sobre os indicadores de violência. Muito pelo contrário. Não à toa, Estados Unidos, China e Rússia, que apresentam respectivamente as três maiores populações carcerárias no mundo, vêm reduzindo sua taxa de aprisionamento (relação de pessoas presas a cada 100.000 habitantes). Na contramão da tendência mundial, o Brasil testemunhou um impressionante aumento de 33% de sua taxa de aprisionamento em cinco anos, chegando hoje à média de quase 300 pessoas

¹⁰ “De acordo com Harding e Zimmermann (1989), relativamente ao stress experienciado à entrada na prisão, é possível diferenciar entre o stress cognitivo, seja, a percepção e existência de um estado geral de aborrecimentos, preocupações e sintomas psiquiátricos.” (MOREIRA, 2009. p. 37)

presas para cada cem mil habitantes. (Informativo Rede Justiça Criminal, 2016. p. 2)¹¹

Ou seja, os dados reforçam o senso comum de que a insegurança social cessará quando os extinguiem os criminosos. Desse modo, compreende-se que o Brasil não está tratando as causas da criminalidade, está, somente, atentado às consequências de um país exacebaramente desigual.

A superlotação dos presídios tem grande influência no estresse prisional, visto que o espaço por pessoa é reduzido e, conseqüentemente, suas particularidades, seu eu como indivíduo também são minimizados.

Além disso, o trabalho dos técnicos e as questões estruturais dos sistemas prisionais são prejudicadas, uma vez que foram estruturadas para quantidades menores de detentos e não são capazes de atender às necessidades de um número grande de reclusos. “Todos estes factores implicam que a sobrelotação em meio prisional se transforme numa das variáveis mais fortemente relacionadas com níveis elevados de stress, traduzindo-se inevitavelmente na deterioração do bem-estar físico e psicológico do recluso” (MOREIRA, 2009. p. 39)

Outro fator interno das prisões é apresentado como castigo aos detendo por alguma conduta tomada no encarceramento. O isolamento disciplinar consiste na retirada de algumas medidas, como por exemplo “não podem telefonar aos seus familiares, receber visitas, nem conversar com outros companheiros de reclusão” (MOREIRA, 2009, p. 39), fortalecendo a lógica depunção-correção.

O isolamento disciplinar é um ato que confirma que o Sistema prisional não está mediando a ressocialização dos detentos – uma vez que é questionável o fato de privá-los de liberdade e segregá-los no espaço em que deveriam socializar.

Verificou ainda, que os reclusos alojados em isolamento disciplinar revelam maiores dificuldades adaptativas ao contexto prisional, bem como maior predisposição para stress (e.g., história de perturbação psiquiátrica, história de tentativa de suicídio e maior severidade em anteriores tentativas de suicídio). (MOREIRA, 2009. p. 40)

Ainda pela falta de socialização no contexto prisional, um dos fatores mais estressantes é resultado da relação entre os internos, ou seja, alguns internos se relacionam mal e por isso desenvolvem processos de vitimização – sendo estes vítimas ou agressores. Os reclusos podem

¹¹ Informativo Rede Justiça Criminal. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/02/b948337bc7690673a39cb5cdb10994f8.pdf>

ser apenas agressores, apenas vítimas, ou serem agressores que anteriormente foram vítimas (e vice-versa).

A vitimização consiste nas violências psicológica, física ou sexual entre os detentos. As sequelas desse fator podem resultar em insegurança, ansiedade, e até mesmo no desenvolvimento de transtornos.

Os fatores internos foram resultados de uma pesquisa mundial em torno dos estressores prisionais e, mesmo em uma discussão sobre unidades de internação de adolescentes são fatores preocupantes. Isso porque se sabe que as Unidades de internação se assemelham, de certo modo, as prisões de adultos.

Além desses fatores legitimarem a falta de respeito do Estado para com os direitos humanos, atesta-se que os adolescentes deparam com o mesmo tratamento dentro das Unidades. A diferença, porém, é que os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa deveriam ser regidos pelo ECA – cuja concepção pedagógica não permitiria manter um estabelecimento que incita perturbações mentais e ideações suicidas nem para indivíduos em formação, nem para adultos em cumprimento de pena.

CAPÍTULO II - AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL AOS ADOLESCENTES EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

Em seu processo histórico, o desenvolvimento da civilização foi acompanhado por transformações sociais, urbanas, econômicas, tecnológicas, entre outras – que causaram grande impacto na complexidade das relações humanas. Tais transformações sociais podem ter desencadeado múltiplas formas de violência: física, sexual, psicológica, institucional, judicial, etc.

Entretanto, o histórico brasileiro de autoritarismo e exclusão social posiciona o Brasil, segundo boletim da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2012, em primeiro lugar no ranking de violência mundial. Dentre os grupos acompanhados, os mais vulneráveis são: mulheres, idosos, crianças e adolescentes, visto que, devido as suas especificidades, necessitariam de proteção especial e não as recebem. É inegável que fatores como a falta de políticas públicas de ressocialização; a superlotação das unidades; isolamento disciplinar; abuso de substâncias; dentre outro fatores – descumprem o caráter pedagógico previsto no ECA na atenção aos adolescentes em conflito com a lei. Estas questões contribuem para que os jovens desenvolvam comportamentos agressivos e/ou depressivos durante o cumprimento da medida – podendo levá-los à reincidência criminal, ou até mesmo, à morte. O status de vulnerabilidade permanece a medida que o Estado se desresponsabiliza pela proteção de grupos específicos.

É inegável que fatores como a falta de políticas públicas de ressocialização; a superlotação das unidades; isolamento disciplinar; abuso de substâncias; dentre outro fatores – descumprem o caráter pedagógico previsto no ECA na atenção aos adolescentes em conflito com a lei. Estas questões contribuem para que os jovens desenvolvam comportamentos agressivos e/ou depressivos durante o cumprimento da medida – podendo levá-los à reincidência criminal, ou até mesmo, à morte.

Goffman (2001), ao problematizar a violência em instituições destinadas ao isolamento de pessoas, compreende que todas têm tendências de “fechamento”, porém algumas instituições se caracterizam por um “fechamento” estrutural – paredes, muros, trancas, etc –materializando o afastamento social. Estas, chamadas de instituições totais, possuem um “plano racional único” que é planejado para atender as finalidades de cada instituição.

Devido às atividades diárias, horários e ao sistema de regras rigorosamente pré-estabelecidos, alguns casos podem resultar em um descultramento, “- isto é, ‘destreinamento’ – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”; ou seja,

sua “cultura aparente” resultante do contexto social derivado de uma sociedade mais ampla é enquadrado às normas da instituição na qual o interno adentra.

Em uma unidade de internação para jovens em conflito com a lei – instituição total – ocorre o mesmo, porém é necessário compreender que é um contexto que lida com pessoas em desenvolvimento – cuja maturidade afetiva, intelectual e moral devem ser protegidas e preservadas. Ao processo de desprendimento da fase infantil, deve ser atentado as múltiplas vivências do adolescentes que, certamente, influenciarão no comportamento pré, durante e pós internação.

2.1. Perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação

A psicologia tem grande interesse acadêmico nas transformações biológicas e psicológicas advindas do processo de maturação – desde a infância à adolescência. Tal interesse não repercute tanto nas populações das unidades de internação, uma vez que, majoritariamente, é ignorado que o adolescente é situado em um tempo histórico e seu comportamento psíquico-social é influenciado por essa condição.

Ana Mercês Bock (2007, p. 67) denomina concepção sócio-histórica a ideia de que o homem é constituído pela própria condição humana, ou seja, cada um de nós possui um potencial de desenvolvimento que pode ser facilitado ou prejudicado pelo “meio externo, social e cultural”.

O homem é livre e dotado de potencialidades naturais que necessitam de condições adequadas para se atualizarem, se concretizarem, permitindo a realização daquilo que é potencial, dada a natureza humana. [...] A relação indivíduo/sociedade é vista como uma relação dialética, na qual um constitui o outro. O homem se constrói ao construir sua realidade. (BOCK, 2007. p. 67)

A adolescência é um período de contradições no meio familiar e comunitário, que flutua entre dependência e independência, na construção de sua própria identidade. Este processo da busca pela identidade adulta é uma etapa que, muitas vezes, caracteriza-se pela construção e defesa de algum ideal político-social. “A mesma pressa na busca da identidade total pode conduzir à aquisição de ideologias que são somente defensivas ou, em muitos dos casos, emprestadas pelo adulto, mas não autenticamente incorporadas ao ego.” (ABERASTURY; KNOBEL, 1981. p. 78)

Dessa forma, vê-se que o adolescente em conflito com a lei deve ser analisado somado a sua contextualização social, econômica e pessoal; pois, quando se entende a importância do

meio na constituição bio-psicossocial do indivíduo, percebe-se que há falhas no reconhecimento desses fatores externos por parte do Estado – responsável pela estruturação das unidades de internação – que, ao ignorar a atenção especial que deveria ser dada ao adolescente, faz com que se assemelhem às prisões de adultos, regidas pelo Código Penal.

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despedido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, emora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. [...] A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. (GOFFMAN, 2001. p. 24)

Baseado na compreensão de que fatores externos influenciam na criminalidade infantojuvenil e de que existe determinada “naturalização” desta em certos contextos, a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), para desconstruir premissas enraizadas na sociedade, desenvolveu, em 2013, um relatório de pesquisa que determinou “o perfil e percepção dos adolescentes em medida socioeducativa no Distrito Federal”.

No relatório é possível compreender que certos fatores devem ser analisados para que se construam políticas públicas de atenção às questões que interferem no índice de criminalidade – resultando em uma diminuição desta e desconstruindo a noção de que o adolescente infrator é a causa da insegurança social.

São esses:

- Violência racial

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aqueles que se informam como pretos ou pardos são considerados negros.

Seguindo o conceito adotado, a maioria dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no DF são negros. 80% se intitularam negros, 16,9% não negros e 3,2% não souberam informar.

Para comprovar a informação, consta na “Análise de vulnerabilidades da juventude negra” que os negros entre 15 e 29 anos são especialmente influenciados pelas desigualdades, “sendo frequentemente associados à criminalidade e à pobreza” (CODEPLANa, 2013. p.11).

Trata-se de uma população em idade produtiva, quando ocorre uma série de processos biopsicossociais capazes de fazer com que esse grupo fique muito

vulnerável ao desemprego, ao abandono do Estado, à pressão da família por geração de renda, à gestação indesejada, etc. (CODEPLANa, 2013. p.11).

Destaca-se, ainda, que na estrutura familiar a presença somente da mãe é quase que metade do total pesquisado (40,4%). Além disso, o Censo Demográfico de 2010 aponta que a média de filhos nascidos a cada mil mulheres negras solteiras é de 294,3; enquanto, a cada mil mulheres não negras são nascidos 190,6 filhos. Corroborando a tese de que grande parte dos adolescentes negros nascem e crescem sem a presença paterna e em famílias mais numerosas.

Na vida escolar, a participação da juventude negra também se destaca de forma negativa: “entre os jovens negros, de 15 a 29 anos, a taxa de analfabetismo é de 1,1%, já entre os jovens não negros é de apenas 0,7%” (CODEPLANa, 2013. p. 17).

Na questão do emprego e renda, constata-se que entre os jovens negros de 15 a 24 anos possui maior incidência no mercado de trabalho em comparação com a população não negra da mesma faixa etária, atestando que os negros adentram no mercado de trabalho mais precocemente que os não negros, muitas vezes, por necessidade pessoal e familiar (CODEPLANa, 2013. p. 19).

- Violência econômica

A questão econômica interfere indireta e diretamente na vida dos adolescentes em conflito com a lei. Contatou-se na pesquisa do perfil dos adolescentes que 19, 3% dos adolescentes internados no DF já são pais e que 20,2% vivem em união. Nesse sentido, o percentual de adolescentes internados que costumam gastar dinheiro no auxílio da renda familiar é de 40,6%.

Por essa razão, pela necessidade de ajudar a família, entram no mercado de trabalho (e no mundo do crime) precocemente. A necessidade de revestir uma identidade adulta tão cedo faz com que muitos adolescentes abram mão de direitos fundamentais do processo de desenvolvimento – resultando, por exemplo no aumento da evasão escolar.

No mercado de trabalho, frustrados por não ganharem o suficiente para bancar todas as necessidades básicas e os supérfluos que o mercado oferece, tornam-se presas vulneráveis à criminalidade. A pesquisa da Codeplan (2013) confirma a tese de que traficantes oferecem às crianças promessa de dinheiro fácil, uma vez que 39,5% dos adolescentes em medida de internação possuem histórico de trabalho no tráfico de drogas antes dos 14 anos (trabalho infantil).

- Violência social

Relacionado a questão social, informou-se que 72% dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação já sofreram violência física na vida, 10% violência psicológica, enquanto 1,1% violência sexual.

Este dado é importante uma vez que se entende a necessidade de compreender o processo de violência na vida dos adolescentes e desnaturalizar os conflitos com a polícia (58,1%), entre gangues (30,8%), na família (10,4%), na escola (10,6%) e no tráfico de drogas (8,9%).

Por serem vulneráveis à violência, comprova o fato de que 49,7% dos adolescentes internados se sentem mais inseguros na rua e 36,5% na Unidade em que cumprem a medida socioeducativa.

Quanto à vida social e familiar do adolescente antes da internação, foram identificadas porcentagens que demonstram histórico problemático: 76,8% já apanharam em casa; 20,6% já se sentiram rejeitados pela família e 30,2% acreditam que os problemas familiares favoreceram sua inserção na criminalidade.

Entretanto, a afirmativa de que a educação é um meio de mudança de estilo de vida é reconhecida pelos adolescentes, uma vez que 93,1% afirmaram que ir à escola pode significar melhoras na qualidade de vida.

O perfil dos adolescentes em medida socioeducativa de internação no DF é semelhante. Na verdade, a causa da criminalidade é, de certo modo, cometida e aceita pelo Estado que, enfraquece, priva e retira os direitos fundamentais da população de baixa renda. A violência institucional ré uma das últimas violências cometidas à um indivíduo em formação, uma vez que seu ato infracional é consequência de um Estado que estabelece a injustiça social.

83,7% afirmaram que a Unidade é como uma prisão e 61,2% acredita que quem cumpre medida, volta pro crime. A percepção dos adolescentes confirma que as normas estabelecidas pelo ECA sobre atenção e prevenção de caráter pedagógico não são cumpridas – visto que grande parte dos internos mantém a ideia de que “por já não terem nada, não têm nada a perder” que simboliza exclusão e segregação social (os criminosos e os corretos, os pobres e os ricos, os loucos e os sãos).

2.2.Precisamos falar sobre suicídio!

Antigamente, o suicídio tinha uma conotação um tanto quanto heróica (Browne; 1643). No âmbito de desenvolver uma explicação sobre tal acontecimento, foi construída uma das

primeiras obras sobre a epistemologia do suicídio: a *Religio Medici* (1943), de Thomas Browne, que do latim “*felo de se*” (“criminoso de si mesmo”) conceituou o que antes não era explicado.

Em 1897, Émile Durkheim, a partir de questionamentos sobre a falta de padrão nos índices de suicídio (diminuíam ou aumentavam a medida em que características como sexo, religião e região demográfica se modificavam), iniciou seu estudo sobre o tema.

Durkheim entendia a sociedade como um organismo humano, onde cada órgão necessita do outro para sobreviver. Seguindo esta concepção, ressalta que o indivíduo precisa se sentir parte do coletivo para que a sociedade siga sem anomalias sociais. Para ele, o fato social da integração explicava o fato social do suicídio – uma vez atestado a ligação entre suicídio e integração individual em algum grupo social.

O sociólogo, então, afirmou que não se tratava única e exclusivamente de um problema psicológico, mas também sociológico, pois é um fenômeno que envolve, ao mesmo tempo, um conjunto complexo de ações e atores sociais.

Ocorre que, desde que o suicídio se tornou assunto a ser debatido, é compreendido a partir de críticas: associa-se o ato deliberado de tirar a própria vida à um ato criminoso e pecaminoso.

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura. (NETTO, 2013. p. 16)

Apesar da conotação negativa por trás no suicídio, o número de pesquisas, debates acadêmicos e interesse social têm crescido substancialmente. Somada a eles, a luta de atenção e prevenção às pessoas com risco suicida.

Em 2012, a agência da Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou dados mundiais preocupantes: 800 mil mortes por suicídio por ano; 2º principal morte entre jovens de 15 a 29 anos; 75% das mortes ocorrem em países de média e baixa renda. Os grupos mais atingidos são: pessoas com transtornos mentais; pessoas em momentos de crise (econômica, social, pessoal, etc); grupos discriminados (comunidade LGBTT, negros, pessoas privadas de liberdade, entre outros). “Além disso, enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos

ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida.” (Nações Unidas do Brasil; 2016)

Em 2016 não foi diferente. A OMS divulgou que ocorre 1 suicídio a cada 40 segundos no mundo. Deve-se atentar que a cada 1 suicídio concreto, tem-se várias tentativas que não foram concretizadas por algum motivo.

A partir de dados como estes, a OMS considerou o suicídio como problema de saúde pública e por isso, incentiva os países a desenvolverem estratégias para prevenir o aumento de casos – como por exemplo, Setembro Amarelo no Brasil. Sabe-se que é um fenômeno complexo que envolve fatores psicológicos, sociais, emocionais, culturais e até genéticos.

No contexto brasileiro, o Brasil é o oitavo país com maior número de suicídios (11.821 casos em 2012) e Brasília registra 10 suicídios por mês¹². O suicídio é algo que afeta inclusive, como já dito, os indivíduos privados de liberdade.

De acordo com os dados coletados na Secriança do GDF, no 2º/2015, 2 adolescentes internados na UISM praticaram tentativa de suicídio, enquanto no 1º/2016 3 jovens tentaram suicídio 4 vezes (ou seja, um adolescente praticou o ato mais de uma vez). Ou seja, as condições estruturais de isolamento social, em razão da falta de atividades e de estressores prisionais, podem desencadear tentativas, o que torna a unidade um centro em potencial para o crescimento de tais práticas.

Os suicídios podem ser evitados se houver prevenção dos fatores de risco tanto em meio aberto, quanto em meio fechado, pois os indivíduos em conflito com a lei também merecem atenção à vida.

¹² Informação não-oficial (<http://www.jornaldebrasil.com.br/cidades/a-cada-mes-dez-pessoas-tiram-a-propria-vida-no-distrito-federal/>). Acessada dia 10 nov. 2016

CAPÍTULO III- CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SOCIOEDUCAÇÃO NO DF

Segundo o “Levantamento Anual da Sinase: privação e restrição de liberdade em 2013” publicado pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República em 2015, comprova-se que desde 2010 os números de internação provisória, estrita e semiliberdade só aumentaram no Brasil. Contudo, no DF, a discrepância no número de internações estritas que ocorreram no ano de 2012 e no ano de 2013 impressiona. Em 2012, houve uma grande diminuição das internações, em comparativo com o ano anterior (521 adolescentes internados em 2011, enquanto 174 foram internados no ano posterior). Em 2013, os números voltaram a subir e quase se igualaram à 2011: 520 adolescentes receberam a internação estrita como medida.

É importante ressaltar que a determinação da medida de internação deve ser gradativa e excepcional - adotada em última instância, em respeito ao impacto que a privação de liberdade pode causar na vida do adolescente. O jovem deve ser protegido e acompanhado integralmente pelas legislações estatais.

Tendo em vista o aumento dos casos que receberam a medida de internação, as transformações do socioeducativo - visando uma concepção educacional baseada no SINASE - já começaram a ser implementadas no DF com a inauguração de três novas unidades: a de Brazlândia, Santa Maria e São Sebastião.

A proposta das três unidades é modificar o cenário da socioeducação para que o DF se torne referência nacional, assegurando todos os princípios norteadores do ECA e do SINASE.

3.1.Plano Distrital de Atendimento Socioeducativo (PDASE)

Em 2016, o Distrito Federal fez seu I Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo (PDASE), lançado pela Secriança, cujo principal objetivo é trazer um caráter educativo à socioeducação – pois se compreende que somente com a educação, os adolescentes em conflito com a lei poderão resgatar sua cidadania e, consequentemente, serem reinseridos na sociedade. Comumente, o “sócio” vem sendo disassociado do “educativo” – o que, de acordo com o PDASE, é uma das maiores falhas da educação.

Entende-se, aqui, que a construção do sujeito humanizado, socializado e singularizado só será possível se avançarmos para uma educação que, além dos conteúdos técnico – científicos necessários à sobrevivência física, atribua igual importância aos conteúdos simbólicos e dramáticos necessários à

sobrevivência psíquica. (Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo no Distrito Federal, 2016. p. 31)

Verifica-se, então, que o Plano Distrital constata a importância que a educação possui na formação de um indivíduo, por isso, seu projeto foi muito influenciado pelo art. 208 da CF que estabelece o dever do Estado perante a educação – assegurando, inclusive, oferta gratuita.

Para certificar o caráter educacional fora e dentro das MSE, o PDASE articula tanto as medidas em meio aberto (advertência; obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida), quanto as de privação de liberdade (semiliberdade e internação). Além disso, será modificado e melhorado a cada 10 anos – para que a concepção pedagógica se consolide nas escolas e nas Unidades socioeducativas.

O plano prevê que as unidades constituam gerências de saúde, sociopsicossocial e de segurança para organização geral da instituição. A gerência de saúde é a responsável pela garantia de proteção à saúde mental dos adolescentes, como explícito no PDASE:

O atendimento por essa Gerência deve contemplar: avaliação biopsicossocial; imunização, crescimento e desenvolvimento; saúde sexual e/ou saúde reprodutiva; saúde bucal; saúde mental; promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças e agravos nas atividades mínimas. (Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo no Distrito Federal, 2016. p. 86).

Entre os desafios e preocupações, a gestão de pessoas do PDASE assume que é necessário realizar ações para garantir saúde mental qualificada, inclusive, aos servidores. Desse modo, prevê metas de qualificação da socioeducação no DF e de cuidado para com os profissionais e os adolescentes.

3.2. Realidade da UISM

Inaugurada em março de 2014, a UISM foi construída a partir dos padrões estabelecidos pelo SINASE e pelo ECA. Sua estrutura foi pensada para instalar tanto os adolescentes que em estão em medida de internação provisória e estrita, quanto todas as adolescentes que antes cumpriam medida na UNIRE. Atualmente, a UISM é a única unidade feminina no DF¹³. (Relatório de Visita a Unidade de Internação Feminina de Santa Maria do Distrito Federal, 2015).

¹³ Tal unidade feminina está ocupando, atualmente, o espaço previsto para uma unidade de internação masculina – tendo em vista que, em respeito às particularidades de gênero, é necessário que exista essa separação. A junção foi assumida de forma provisória, pois a unidade feminina ainda não foi construída e não existe nenhuma previsão de construção em curso para acabar com a situação de provisoriedade.

De acordo com o Relatório de Visita a Unidade de Internação de Santa Maria/feminina do Distrito Federal (2015), apesar de nova, não possui estrutura física adequada para instalar adolescentes privados de liberdade. Isso se dá por falta de preparação específica ao público feminino e a falta de outra direção que defenda as especificidades dessa parcela da população internada.

Esta situação por si só já gera uma grande insegurança no local, apontando para um ambiente em que o risco de ocorrência de maus tratos, tortura, tratamentos desumanos cruéis e degradantes possa ocorrer. Além disso, a estrutura inteira da unidade é pensada com uma nítida preponderância e exagero no aspecto da segurança, desconsiderando o aspecto pedagógico e socioeducativo, preconizados pelas normativas nacionais e internacionais. (Relatório de visita a unidade de internação de Santa Maria/feminina no Distrito Federal, 2015, p. 9)

A recorrência de questões como a estrutura despreparada para assumir as necessidades de grupos reclusos diferentes e a falta de um Plano Político Pedagógico (PPP) para reger a unidade e seus profissionais, legitima a ideia de que determinadas questões contribuem para a alteração no comportamento dos adolescentes.

A situação observada de que houve, por parte de uma adolescente, uma tentativa de suicídio, nos remete a questionar, sem querer apontar para uma responsabilização objetiva sobre a quem recai a culpabilidade, mas questionar se tal ato pode ser um sintoma causado por essa estrutura desumana as quais são submetidas tais adolescentes, como também apontar que a forma de acompanhamento das mesmas pode e precisa ser melhorada. (Relatório de visita a unidade de internação de Santa Maria/feminina no Distrito Federal, 2015, p. 10)

Para analisar a dinâmica da UISM e compreender o que o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MPCT) caracterizou, foi-se necessário visitar a unidade e entrevistar os técnicos.

As visitas à UISM se constituíram por três entrevistas. A primeira entrevista foi um atendimento inicial, feito por uma assistente social e uma psicóloga no primeiro semestre de 2016, para que fosse entendido a dinâmica da Unidade. Em Novembro, as duas últimas entrevistas, por sua vez, foram feitas com a gerente de Saúde e com a gerente da Atenção Psicossocial da UISM, respectivamente.

O primeiro contato se deu na sala de reuniões da UISM com duas servidoras: a assistente social X e a psicóloga Y. A entrevista que, não foi inicialmente estruturada, se baseou em tópicos amplos como sintomas de transtornos mentais, pressão sofrida pelos adolescentes, diminuição das visitas, etc. As profissionais constataram o aumento do número de tentativas de

suicídio na unidade e iniciaram um processo de suposição e questionamento do que estava ocorrendo. Fatores mediados pela dinâmica da unidade – isolamento disciplinar, vestimentas¹⁴, redução de visitas a um familiar por final de semana, dieta pobre em nutrientes, horários, precariedade da estrutura física, etc – foram questionados pelas profissionais – uma vez que são fatores que interferem facilmente na saúde física e mental do adolescente.

Compreendida a totalidade da UISM, as seguintes entrevistas foram estruturadas para entender o funcionamento dos diferentes campos de atuação. Consistiram, então, em quatro temáticas: “Sobre a estrutura organizacional da UISM; Sobre a questão da resiliência; Sobre os comportamentos suicidários; e Sobre a ação do Poder Público na prevenção do suicídio nas Unidades”.

Devido aos cuidados éticos, denominou-se entrevista com A, para a analisar o diálogo estabelecido com a mesma; e a entrevista com a gerente da Atenção Psicossocial como B, para que suas identidades sejam protegidas.

Entrevista A:

De acordo com A, muitos adolescentes chegam à Unidade desesperados por terem recebido a medida socioeducativa de internação; por isso, a Gerência de Saúde (GESAU) tem, assim como a Gerência de Segurança (GESEG) e a Gerência Socio-psicopedagógico (GESP), papel fundamental no primeiro contato do adolescente em sua internação. Nesse período, o adolescente se instala no Módulo 10¹⁵ durante determinado tempo, até que todas as Gerências entrem em consenso sobre em qual o Módulo o adolescente permanecerá: o principal fator a ser considerado na decisão dos Módulos é se o adolescente novato tem rixa com algum adolescente já recluso – a fim de evitar problemas de vitimização.

¹⁴ Assim como em outras Unidades do Brasil, o adolescente não se veste de acordo com o que usava fora da medida. Sua roupa é igual aos outros internos e a cor deve se diferenciar da vestimenta dos agentes socioeducativos. Entende-se que essa prática interrompe o processo da busca pela identidade, nítida na faixa etária dos reclusos, e se caracteriza pela despersonalização do eu – podendo, em muitos casos, fortalecer a lógica de hierarquização dentro das Unidades de Internação.

¹⁵ O ECA e o SINASE preveem que os adolescentes devem ser separados de acordo com a gravidade do seu ato, faixa etária e compleição física. Porém, não é feita a divisão pelo ato mas, se preza a separação pela compensação física para evitar qualquer tipo de violência. Quando os adolescentes recebem a sentença, são acolhidos pelas três gerências: GESEG (Gerência de Segurança), GESAU (Gerência de Saúde) e GESP (Gerência Socio-psicopedagógico). A UISM possui 10 módulos – sendo 6 masculinos e 2 femininos. Cada módulo possui determinado número de quartos que instalarão os adolescentes durante o cumprimento da medida. No momento do acolhimento, o jovem se instala no Módulo 10 (o número do módulo varia de acordo com a unidade) até o módulo de permanência for definido. Para a divisão dos módulos é estudado a compleição física, faixa etária e a rixa do adolescente com outros (a GESEG faz um “carômetro” com o jovem pra descobrir se alguns adolescentes não podem se misturar).

É importante ressaltar que o primeiro contato do adolescente com a internação seria um momento estratégico para a prevenção do suicídio, uma vez que as tentativas de suicídio se dão, em geral, nas instituições totais, na fase inicial da privação da liberdade.

Porém, além de ser a porta de entrada na internação e de ser medida de proteção de integridade física do adolescente, o Módulo 10 é utilizado ainda para isolamento disciplinar. Como explicado no capítulo 2, o isolamento disciplinar é um mecanismo punitivo que preconiza um comportamento pré-estabelecido pela Unidade. Segundo A, a medida disciplinar é necessária se houver o devido acompanhamento, uma vez que pode ser usada como “moeda de troca”: por exemplo, se o adolescente não apresentar bom comportamento, seu tempo de visita será diminuído ou, se apresentar bom comportamento durante a semana, terá direito a uma ligação, etc. Contudo, o acompanhamento não acontece pela escassez de servidores na Gerência de Saúde, além da equipe incompleta. Tal situação torna a medida disciplinar de isolamento social ineficaz.

É importante registrar que a precariedade das condições de trabalho, assim como o sobrecarrego dos profissionais podem ser considerados geradores de situações de vulnerabilidade no processo de venda da sua força de trabalho. A falta de servidores pode contribuir, indiretamente, para a proliferação das tentativas de suicídio – uma vez que a quantidade de profissionais é escassa e estes não são capacitados para lidar com a situação. Para A, a adolescência se caracteriza por inúmeros conflitos internos, que associados a privação de liberdade podem causar adoecimento mental. Nesse sentido, levanta uma suposição: o adoecimento mental ocorre, principalmente, pela junção da abstinência de drogas e da privação de liberdade. As consequências poderiam ser prevenidas, segundo A, se tivessem psicólogas na Gerência de Saúde – tendo em vista que com o aumento de servidores, os adolescentes poderiam ser melhor individualmente acompanhados. Tal afirmação é importante, pois associa as transformações do mundo do trabalho ao capitalismo.

Mais uma vez A questiona a falta de servidores, afirmando que, apesar de não ter superlotação na UISM, o trabalho com os internos poderia ser mais completo se tivessem servidores qualificados disponíveis.

O ideal seria que os adolescentes tivessem uma rede externa que garantisse exames, medicações, consultas, etc – o que tampouco ocorre. São disponibilizadas escoltas semanais que levam apenas 5 adolescentes à somente 2 locais. Tendo em vista que, hoje, a UISM interna estritamente 111 meninos, a unidade demoraria, mais ou menos, dois meses e meio para levar todos os adolescente à rede externa. A ausência da intersetorialidade no processo de ressocialização do adolescente demonstra a ineficácia principalmente do seu processo de

cumprimento de medida, , tendo em vista que a totalidade do processo deve ser mediada pelas políticas públicas de atenção à população infanto-juvenil. A política não funciona sozinha, ela deve ser intersetorial e multiprofissional. Caso contrário estará fadada ao fracasso. “O SINASE, enquanto sistema integrado, articula os três níveis de governo para o desenvolvimento desses programas de atendimento, considerando a intersetorialidade e a co-responsabilidade da família, comunidade e Estado.” (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, 2012. p. 14)

A problemática do ideal atinge outras temáticas. A. explica que o contexto social do adolescente (histórico de diagnóstico de transtornos, histórico de dependência química, histórico familiar, etc) deveria ser analisado, em busca de tendências ao adoecimento mental; porém, pelo problema de servidores já citado, a Gerência busca outras alternativas para tentar amenizar situações: como a escuta qualificada com aqueles que, pelo comportamento, parecem ter maior tendência ao transtorno.

Questionada sobre o aumento do número de tentativas de suicídio, A. acredita que existe relação – mesmo que mínima - com a diminuição das visitas no final de semana, previsto em 2016, e o comportamento depressivo. De acordo com os dados coletados na Secriança do GDF, no primeiro semestre de 2016, na UISM, houveram quatro tentativas de suicídio, enquanto de Julho a Outubro houveram 12. Porém, é necessário um estudo mais aprofundado e um acompanhamento rotineiro com a dinâmica na Unidade pra confirmar essa suposição.

Segundo A., os casos de tentativa de suicídio não obedecem um padrão; logo, para prevenir quaisquer novos acontecimentos – em casos de autoflagelo, indicativo de diagnóstico de transtorno mental e ideações suicidas - além do encaminhamento ao CAPS, a gerência de saúde estabelece medidas imediatas e simples: não deixar o adolescente predisposto sozinho; escutas qualificadas; atenção redobrada; entre outras.

A partir da entrevista a cima, foram detectados dois fatores de risco precipitantes que são possíveis facilitadores para o adoecimento mental dos adolescentes da UISM: o isolamento disciplinar e a vitimização. Ambos podem estar presentes em todas as unidades de internação – uma vez que é dinâmica de controle da instituição e resultado da interação entre os jovens, respectivamente.

Difícilmente esses fatores podem ser extintos porém, devem ser compreendidos de forma cuidadosa. O isolamento disciplinar deve acontecer na lógica de aprendizado, ou seja, o jovem precisa compreender que existem regras e estas devem ser cumpridas. Porém, o adolescente não deveria ser privado de seus momentos de sociabilidade, como por exemplo, a hora de ir a escolar ou o banho de sol. Além disso, o isolamento disciplinar deveria ter o mínimo

de estrutura física e seu tempo máximo de punição deveria ser contextualizado com os limites do adolescente em questão – protegendo-o de doenças físicas e mentais.

Essa normativa vinculada a uma prática absorta ao norteador de um Plano Político Pedagógico reafirma um ambiente propício à prática de tortura, pois se descola completamente da disciplina como parte integrante de ações socioeducativas transformando a disciplina em punição desarrazoada. (Relatório de visita a Unidade de Internação de Santa Maria/feminina do Distrito Federal, 2015. p. 17)

A vitimização, por sua vez, deveria ser um assunto abordado com os adolescentes. Discussões sobre a valorização da vida e respeito ao próximo deveriam ser feitas não apenas em conversas individuais, mas no processo de sociabilidade diário – na tentativa de evitar casos, principalmente reincidentes, de violência dentro e fora da internação.

Entrevista B:

B. iniciou seu trabalho 6 anos na UNIRE antes de ser alocada na UISM. Ressalta a diferença estrutural das Unidades: apesar de a UISM ter sido construída já nos novos padrões, é considerada, pela entrevistada, mais abafado. A estrutura da Unire, por exemplo, possui mais área aberta para os adolescentes. Segundo B., essa questão é importante, pois é necessário que os adolescentes não se sintam tão presos.

Ainda referido à estrutura física da UISM, B. diz que o módulo 10 é ainda mais precário que os outros módulos de convivência. Ou seja, o isolamento disciplinar consiste em punir o jovem retirando direitos e precarizando sua estadia.

Em relação a superlotação da unidade, B. afirma que a UISM, na teoria, foi construída para 90 jovens (1 em cada quarto), porém sua estrutura física atesta a possibilidade de serem internados 140 adolescentes. Por isso, após sua construção, foram importadas camas a mais aos módulos para que cada quarto instalasse 2 reclusos. Segundo a entrevistada, os módulos não são superlotados por caber, de fato, mais de um adolescente por quarto; mas, os demais espaços da Unidade (oficinas, escola, etc.) foram construídas para apenas 90 pessoas – sendo que, hoje, a UISM têm internados mais ou menos 130 jovens. Nesse sentido, B. afirma que é um fator que facilita o adoecimento mental do indivíduo, mas não soube responder se há superlotação na unidade.

O quadro de superlotação nas unidades aumentava o clima de tensão, além de inviabilizar a garantia de direitos e assistências fundamentais à execução e à individualização da pena. Isto é, garantir a saúde, a educação, o acesso ao trabalho, à assistência social etc. se tornava praticamente impossível neste contexto. Para além desse aspecto, formava-se um cenário de forte tensão e de grande restrição de direitos, altamente propício à prática de tortura e maus

tratos. (Relatório Anual 2015-2016. Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura, 2016, p. 43)

Em questão da fiscalização da atuação dos agentes socioeducativos, B. atesta que há atenção diária principalmente da equipe técnica, mas que parte desde o gerente e a gestão da unidade à Secretaria e à Corregedoria para ver se algo está descumprindo o ECA e o SINASE.

Também afirma que a partir da chegada do adolescente, deve-se avaliar todo o histórico familiar, social, escolar, questão da drogadição, da trajetória infracional, entre outros. A equipe técnica, no acolhimento, deve fazer um PIA (plano individual de atendimento) onde são levantadas todas essas questões e a partir delas traçam-se caminhos junto com a família e os demais servidores. Pra que além das consequências da privação, outras coisas possam ser trabalhadas; a permanência do adolescente, por exemplo, é diretamente influenciada pelos relatórios desenvolvidos pela equipe técnica, que são enviados ao Judiciário sobre como está sendo a medida para o adolescente. Por isso, é tão importante o trabalho intersetorial e multidisciplinar no processo da socioeducação.

Contudo, de acordo com a pesquisa realizada pelo MPCT, apenas as unidades de São Paulo e de Brasília (dentre as pesquisadas) faziam o PIA. Os PIAs elaborados, ainda segundo a pesquisa, eram rasos e os adolescentes não participavam de sua construção.

O trabalho realizado com o adolescente deveria refletir uma perspectiva emancipatória que contribuisse na formação de sua cidadania e que considerasse sua “condição peculiar como pessoa em desenvolvimento”. Em outras palavras, o “simples” preenchimento do PIA, sem atentar para as diretrizes estabelecidas, não se mostraria suficiente para atender ao mínimo legal. (Relatório Anual 2015-2016. Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura, 2016, p. 53)

Ainda sobre o trabalho da equipe técnica, B. diz que esta deve buscar estratégias (momentos cultural, musical, conversas, entre outras) de como trabalhar a questão da autoconfiança, auto-estima e sociabilidade nos adolescentes. Inclusive, os jovens são orientados a procurar a equipe em casos de baixa auto-estima para que possa ser trabalhada.

A vulnerabilidade presente em determinados casos resulta em uma atenção não institucional, mas natural de ser humano para com ser humano. Os reclusos mais jovens (a UISM é a única unidade do DF que recebe adolescentes de no mínimo 12 anos) possuem, de fato, atitudes mais infantis em comparação aos adolescentes mais velhos e, por isso, os técnicos tentam separar ao máximo os mais jovens dos mais velhos.

Em relação a diminuição das visitas, B. afirma que é um fato que causa impactos no comportamento dos adolescentes.

Porém, os adolescentes que demonstram indícios de transtornos mentais não são separados dos outros internos. B. questiona se a separação é correta ou não devido à uma discussão histórica da luta antimanicomial e a desinsitucionalização da internação.

Segundo o 3º parágrafo do art. 112 do ECA, a medida socioeducativa do adolescentes que apresentarem doença ou deficiência mental deve ser reavaliada para que, em consequente sejam realocados em lugares com tratamento adequado.

B. afirma que não existe um local adequado que receba os adolescentes, por esse motivo, os jovens são levados ao Hospital de Base para contenção de crises e depois retornam a UISM. Atesta que o foco da psicologia da unidade é o social e que, por isso, a UISM não possui estrutura física nem capacitação profissional para clinicar determinados casos. Ainda que não exista um local de cuidado para com os adolescentes em medida socioeducativa que desenvolvem transtornos mentais é de responsabilidade do Estado garantir e proteger a integridade física e mental dos jovens em conflito com a lei, como explícito no art 125 do ECA.

Na tentativa de prevenir tanto o adoecimento mental, quanto as tentativas de suicídio, a Secriança junto com a Diretoria de Saúde Mental (DISAM) encontraram estratégias recentes para tais procedimentos. Toda sexta-feira, a UISM recebe um curso de prevenção do suicídio para capacitar todos os profissionais da unidade. B. compreende que nenhuma tentativa de suicídio na UISM deve ser desqualificada a medida que pretendem buscar razões e soluções para esses casos.

É importante ressaltar que, em alguns casos mais graves, o adolescente é insento do cumprimento da medida, pois a unidade não responde as necessidades físicas e mentais do jovem e este não é capaz de cumprir a medida. Em casos mais graves de transtornos mentais, a equipe técnica entra em contato com a Justiça e avisa que o adolescente precisa ou ser alocado para um local adequado ou ser liberado da internação, uma vez que apenas medicar não tratará o indivíduo. Assim, tendo em vista que as unidades não tem estrutura física, nem capacitação profissional para tratamento de saúde mental e que a prioridade é a proteção da saúde infanto-juvenil, a Justiça, por vezes, prioriza a insenção da pena.

1.2.1. Dados estatísticos sobre adoecimento mental e tentativas de suicídio nas Unidades de Internação no DF

Na tentativa de analisar se os determinantes das Unidades de Internação no Distrito Federal podem ser assimilados aos fatores de risco precipitantes das prisões de adultos ao redor do mundo, foram coletados dados a fim de compreender as consequências da privação de liberdade precoce.

Como já visto, a privação de liberdade associada a alguns fatores internos das Unidades pode causar o desencadeamento de transtornos mentais. Para comprovar tal afirmação no contexto brasileiro, verifica-se o quadro.

Tabela 1 - Dados sobre o sistema socioeducativo no DF

	UISM	Todas unidades do DF	% em relação ao total	Média por unidade
Jovens que tentaram suicídio	13	25	52%	3,5
Tentativas de suicídio	16	31	51,6%	4,4
Indicativos de diagnóstico de perturbação mental	40	99	40,4%	14.143
Indicativos de diagnóstico de perturbação mental decorrentes do uso de drogas	N/A	756	N/A	N/A
Jovens diagnosticados acompanhados pela Rede Psicossocial	96	163	59%	23.3
Jovens que utilizam medicação psicotrópica	175	1107	16%	158.14

*Dados referentes ao período de Janeiro a Outubro de 2016, somente.

** Dados coletados na Secretaria de estado de políticas para crianças, adolescentes e juventude.

De acordo com a Tabela 1, no período de Janeiro a Outubro deste ano, 99 jovens tiveram indicativo de diagnóstico de qualquer perturbação mental depois da internação e 756 jovens receberam o mesmo indicativo decorrente do uso de drogas, em todas as Unidades do DF (incluindo Unidade de Internação de Saída Sistemática - UISS e a Unidade de Atendimento Inicial - UAI). Desses 855 reclusos, 163 são acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial no DF.

Além disso, no mesmo período, foram somadas 31 tentativas de suicídio praticadas por 25 jovens – considerando todas as sete Unidades no DF. Como dito nas entrevistas, em caso de crises (resultantes de transtornos mentais, abstinência de drogas ou tentativa de suicídio), os adolescentes são alocados à hospitais e medicados. Em todas as unidades, 1107 adolescentes internados utilizam medicações psicotrópicas de contenção.

Os números demonstram que, nas Unidades no DF, há um número elevado de jovens internados com indicativo de perturbação mental, de jovens que praticam tentativa de suicídio e de jovens que utilizam medicações. A maioria dos adolescentes da estatística não entraram na unidade com essas características mas, as desenvolveram.

De fato, os fatores de risco presentes em unidades de privação de liberdade podem interferir na saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. Associados a questões conflituosas individuais – consequentes da busca pela identidade adulta – podem desencadear comportamentos psicossociais alterados.

Por isso, o debate da prevenção do suicídio é tão importante: o número tem afetado principalmente a população mundial jovem – aqueles que estão em processo de formação psicológica, social e física.

CONCLUSÃO

Tendo em vista que a adolescência é um processo de desenvolvimento psicológico, social e físico; entende-se a importância de resguardar os direitos infanto-juvenil – na tentativa de romper com a associação conservadora entre criminalidade, pobreza e etnia. Direitos fundamentais que devem ser garantidos desde o nascimento até o final da vida – respeitando as fases autônomas de cada indivíduo.

É necessário que o Estado não se desresponsabilize de suas competências como provedor de meios de subsistência para todos. Inclusive e especialmente, com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Primeiro porque o adolescente que comete ato infracional é estigmatizado a partir do momento que inicia o cumprimento da medida e, mesmo após sua liberdade concedida, o estigma permanece: no mercado de trabalho e nas relações interpessoais e sociais – dificultando possibilidades de reinserção. Segundo e não menos importante, porque são cruéis as condições impostas aos jovens sentenciados a medida de internação.

O Brasil segue uma lógica de encarceramento compulsório para a resolução da insegurança pública. Contudo, não cria estratégias de cunho educacional para prevenir e diminuir a criminalidade.

Aos adolescentes e famílias carentes são negados direitos por muito tempo. São privados de educação de qualidade, saúde de qualidade, alimentação, lazer, entre outras questões. São obrigados a buscar sua identidade adulta precocemente para contribuir em casa ou para sobreviver em seu contexto social. A punição do Estado é o último ato de violência contra o adolescente.

Ainda que os internos sejam protegidos pelas legislações de direitos da criança e do adolescente, as estruturas físicas e a dinâmica das unidades de internação não se assemelham ao desejado. A precariedade das unidades não é somente preocupante por ferir os direitos humanos de um indivíduo em formação mas, por propiciar o adoecimento mental de alguns adolescentes que, por especificidades pessoais associadas a privação de liberdade e seus estressores, se tornam mais vulneráveis.

Sabe-se que cada indivíduo possui particularidades que o difere da totalidade e o consolida como singular. Alguns fatores pessoais, decorrente de diferentes contextos, somados à estressores inerentes ao meio prisional fazem com que alguns internos desencadeem transtornos mentais. Aos que desenvolvem tais perturbações, são ignorados quaisquer

procedimentos previstos nas legislações – uma vez que não existem locais adequados para alojar esses jovens e as unidades não estão preparadas para determinada situação.

Por demorarem a receber diagnóstico ou por não receberem tratamento adequado, alguns jovens em cumprimento de medida buscam a tentativa de suicídio como resolução de suas demandas emocionais e pessoais.

Constatou-se, durante a pesquisa, que a privação de liberdade e seus demais estressores influenciam diretamente no comportamento do adolescente em cumprimento de medida de internação.

Contudo, não foi comprovado – por questões éticas e sigilosas - se os adolescentes que praticaram tentativas de suicídio na UISM, nos anos de 2015 e 2016, foram diagnosticados com perturbações mentais durante a medida. Porém, atesta-se a interferência da privação de liberdade na saúde mental dos reclusos a ponto de facilitar a ato suicidário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência, 2015.

A CADA 24 horas, 30 desistem de continuar vivendo no Brasil. A cada mês, dez se matam no Distrito Federal. **Jornal de Brasília**, Brasília, 2016. Disponível em:

<<http://www.jornaldebrasil.com.br/cidades/a-cada-mes-dez-pessoas-tiram-a-propria-vida-no-distrito-federal/>>.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BECHER, F. Os “menores” e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar brasileira. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História–ANPUH**, São Paulo, jul. 2011.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 1990b.

BRASIL. Lei. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, jul. 1990c.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). **Diário Oficial da União**, Brasília, jan. 2012.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez 2013.

LEAL, M. L.; CARMO, M. F. Eixo V: Adolescência e direitos humanos: algumas interfaces. **Docência na Socioeducação**, 2014.

RODRIGUES, D.; OLIVEIRA, M. C. L.; SOUZA, T. Y. Eixo IV: Adolescência e Juventude: Condições de Desenvolvimento na História e na Sociedade. **Docência na Socioeducação**, 2014.

Saraiva, João Batista Costa. **Compêncio de direito penal juvenil: adolescente e ato infracional. 4. ed. rev. atual. Incluindo o projeto do SINASE e Lei 12.010/2009** - Porto Alegre, 2010.

CODEPLAN. **Análise de vulnerabilidade da juventude negra no Distrito Federal.** Brasília. 2013a.

CODEPLAN. **Perfil e percepção social dos adolescentes em Medida Socioeducativa no Distrito Federal.** Brasília. 2013b.

DECLARAÇÃO dos Direitos da Criança - 1959. Adotada pela Assembléia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil; através do art. 84, inciso XXI, da Constituição. São Paulo: [s.n.], 1959. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 21 set. 2016.

DUQUE, A. F.; NEVES, P. G. Auto-mutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 5, n. 2, p. 215-227, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão.** São Paulo : Editora Vozes, 2014.

FREITAS, T. P. Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, jan./mar. 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de Dante Moreira. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar./abr. 2001.

MELTZER, H. et al. **Non-fatal suicidal behaviour among prisoners.** London: Office for National Statistics, 2003.

MINISTÉRIO da Justiça e Cidadania. **Secretaria Especial de Direitos Humanos.** Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/sistema-nacional-de-medidas-socioeducativas/acoes>>.

MOREIRA, N. A. C. Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: estudo exploratório, 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 2009.

NETTO, N. B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: DUARTE (COORD.), Y. M. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília: CFP, 2013.

OS presidentes da ditadura militar. **Câmara dos Deputados**, 28 Dezembro 2006. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/NAO-INFORMADO/97117-OS-PRESIDENTES-DA-DITADURA-MILITAR.html>>.

PAULO Delgado. [S.l.]: [s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%C2%BA-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>>.

PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. **SER Social**, Brasília, n. 6, p. 119-132, 2010.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Luiz, v. 40, n. 140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

Perfil dos Adolescentes que Morreram Enquanto Cumpriam Medida Socioeducativa de Internação, Semi-liberdade e Liberdade Assistida. [S.l.]. 2007.

PLANO NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO: Diretrizes e eixos operativos para o SINASE. Brasília: [s.n.], 2013.

PORTAL da Saúde. **Publicações**, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12320-publicacoes-saude-mental>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

PRINCÍPIOS das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil - (Diretrizes de Riad) Documento das Nações Unidas n.º A/CONF. 157/24 (Parte I). Lisboa: Procuradoria Geral da República de Portugal, 1990. 295-309 p. Disponível em: <<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Direitos%20Humanos/convriad.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

REGRAS Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios**. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/legislacao/regras-de-beijing>>.

RELATÓRIO Anual 2015-2016. Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura. Brasília: MNPCT, 2016.

RELATÓRIO de visita a unidade de internação de santa maria/feminina no distrito federal. Brasília: MNPCT, 2015.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2004.

SILVA, M. J. G. Tratados internacionais de proteção infanto-juvenil. **Âmbito Jurídico**, v. 160, 2012.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP.. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, jul. 2016.

SOCIOEDUCAÇÃO: Adolescentes em conflito com a lei. Paraná: Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, 2012.

SOCIOEDUCAÇÃO: Estrutura e Funcionamento da Comunidade Educativa. Antonio Carlos Gomes da Costa (Coord.). Brasil: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.

UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Assembléia Geral das Nações Unidas**, Paris, 1948.

YAUSI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas- IH
Departamento de Serviço Social – SER

TCLE

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa sobre “A interferência da privação de liberdade no adoecimento mental dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação: as tentativas de suicídio na Unidade de Internação de Santa Maria - DF”, para fins de monografia, cuja responsabilidade é da aluna de graduação de Serviço Social, Clara Correa Bernardino.

Gostaria de consultá-la sobre seu interesse de participar da pesquisa. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento.

O objetivo é verificar se existe influência da privação de liberdade no adoecimento mental de alguns adolescentes – resultando na tentativa de suicídio. Além disso, busca-se compreender quais os estressores motivacionais presentes na Unidade que contribuem para tal ato e o que é feito para sanar e/ou prevenir o quadro nas Unidades de internação do DF.

É assegurada a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante toda a pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora, podendo tirar sua dúvida sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 9 8491xxxx e/ou e-mail: clarabernardino@outlook.com. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o entrevistado.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura da (o) participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de ____.

ANEXO B - ENTREVISTA

A interferência da privação de liberdade no adoecimento mental dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação: as tentativas de suicídio na Unidade de Internação de Santa Maria - DF

Data da Coleta: __/__/____

1- Sobre a estrutura organizacional da Unidade:

- a) Até que ponto você acha que o isolamento disciplinar do módulo 10 estigmatiza e influencia na saúde mental do adolescente?
- b) Existe superlotação na UISM? Se sim, como isso pode interferir no processo de adoecimento mental?
- c) A divisão dos módulos é feita a partir de regras pré-estabelecidas pela Unidade? Pela Secriança? Ou pelos agentes socioeducativos?
- d) Os adolescentes tem acesso ao Estatuto da Criança e do Adolescente?
- e) Os agentes socioeducativos são obrigados a cumprir s normas estabelecidas pelo ECA? Há fiscalização?

2- Sobre a questão da resiliência: Sabe-se que as pessoas reagem a mesma situação de formas diferentes.

- a) Existe algum procedimento na Unidade que estuda o contexto social do adolescente para avaliar se ele possui tendência ao adoecimento mental? (histórico de diagnóstico de transtornos, histórico de dependência química, histórico familiar, etc)
- b) Existe algum procedimento que trabalha o desenvolvimento da auto-confiança, auto-estima e sociabilidade nos adolescentes?
- c) Há uma atenção especial aos adolescentes mais jovens por serem mais vulneráveis ao adoecimento mental?
- d) De que forma a redução das visitas pode modificar o comportamento dos adolescentes?

3. Sobre os comportamentos suicidários:

- a) Os adolescentes, a partir de demonstrações de indícios de transtornos mentais, são separados dos outros internos?
- b) O auto-flagelo, sendo um acontecimento mais comum nas Unidades, é um indicador suicida? Se sim, quais as medidas cabíveis?
- c) Os adolescentes que tentaram suicídio na Unidade apresentaram comportamentos semelhantes? (alucinações, comportamento depressivo, autolesão, etc)
- d) Os adolescentes que expõe sua ideação suicida possuem atenção especial? Como? Em algum momento a Justiça e a família são contatadas?

e) Além da medicalização para contenção de crise, quais procedimentos são feitos para o tratamento do adolescente? O tratamento continua após a crise?

4. Sobre a ação do Poder público na prevenção do suicídio nas Unidades:

- a) A Secretaria é informada sobre as estatísticas de tentativa de suicídio?
- b) Existe capacitação dos técnicos, pelo poder público, para lidar com comportamentos e situações suicidárias?
- c) Quando a Unidade não responde as necessidades física e mental do jovem, a quem se procura?